



**FMUP**

**CATARINA FILOMENA MASSANO SAPAGE**

## **ESPIRITUALIDADE NO CUIDAR:**

**PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE AO CUIDADO ESPIRITUAL**

**4º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

**PORTO, 2015**



**FMUP**

**CATARINA FILOMENA MASSANO SAPAGE<sup>1</sup>**

**ESPIRITUALIDADE NO CUIDAR:  
PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE AO CUIDADO ESPIRITUAL**

Dissertação apresentada para a  
obtenção do grau de Mestre em  
Cuidados Paliativos, sob a orientação  
da Mestre Sara Pinto e coorientação do  
Professor Doutor José Carlos Amado  
Martins.

**4º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO  
PORTO, 2015**

---

<sup>1</sup> ACES Grande Porto VII-Gaia – USF Saúde no Futuro

***“Cuidar da vida...Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida que se procura, do desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que ressurge, da vida que se afunda...”***

***(Marie-Francoise Collière, 2003, pág 1)***

## **DEDICO ESTE TRABALHO....**

A todos os que sempre acreditaram em mim....

Ao meu marido que me permitiu partilhar o que demais profundo e íntimo existe dentro de mim, e que nunca me deixou desistir...

Aos meus pais pela sua ajuda e persistência, onde procuro abrigo sempre que o caminho parece impossível...

Aos meus amigos que sempre me disseram que valia a pena, porque me conhecem e sabem que chegaria ao fim...

Aos doentes que sofrem de uma doença terminal que me ajudaram a olhar para dentro de mim de uma forma diferente e especial...

À minha filha, que dentro de mim foi crescendo ao longo deste meu percurso, e que agora ao olhar para ela, sinto a esperança, a força e a energia necessárias para transformar o impossível em algo belo e bom.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao refletir acerca do meu percurso na realização deste trabalho, gostaria de fazer um agradecimento muito especial à Mestre Sara Pinto pela forma persistente e amiga, pelos seus comentários e sugestões sábios e pertinentes e pela forma sempre próxima como orientou este trabalho. Obrigada por ter sempre acreditado e por nunca me ter deixado desistir!

Ao Sr. Professor Doutor José Carlos Amado Martins, pela sabedoria com que orientou o trabalho. Obrigada!

Ao Sr. Enfermeiro Diretor Belmiro Rocha e à Sra. Enfermeira Supervisora Cecília Ramos, bem como às Sras. Enfermeiras Chefes Céu Amorim, Fátima Gonçalves Isabel Vieira, Leopoldina Mendes, Lucília Albuquerque, Luísa Rodrigues, Rosa Monteiro e ao Sr. Enfermeiro Domingos Malta, pela ajuda e disponibilidade na distribuição dos questionários.

Às equipas de enfermagem do internamento hospitalar no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, a exercer funções nos serviços de Pneumologia, Medicina 1, Medicina 3, Medicina 4, Unidade de Cuidados Intensivos de Medicina, Serviço de Quimioterapia, Equipa de Cuidados Paliativos e aos enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII – Gaia pelo valioso contributo na recolha de dados.

À Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho e à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, pelas autorizações cedidas para a realização do trabalho.

Ao Dr. Wilfred McSherry e à Mestre Andreia Martins pela autorização da utilização do instrumento de colheita de dados.

A todos os que me ajudaram, o meu MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

**Introdução:** A espiritualidade é uma dimensão humana particularmente importante em situações de crise, como é o caso da vivência de uma doença terminal. Face ao exposto, a espiritualidade e o cuidado espiritual têm vindo a ser alvo de investigação, particularmente por parte dos enfermeiros. Os conceitos são, porém, subjetivos e de difícil definição, o que gera algumas dificuldades ao nível da prestação de cuidados. A literatura sugere como premissa fundamental para o cuidado espiritual que os profissionais de saúde reconheçam a importância da espiritualidade no cuidar, particularmente em contexto de doença.

**Objetivos:** Analisar a relação entre as perceções dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual em função da idade, tempo de serviço e género.

**Materiais e métodos:** Estudo de natureza quantitativa, observacional, do tipo exploratório, descritivo e correlacional. Utilizou-se um questionário constituído pela ‘Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual’ (Martins, 2012; Martins *et al*, 2015). A amostra, do tipo não probabilístico e intencional, foi constituída por enfermeiros a trabalhar em dois grandes contextos de trabalho: Cuidados de Saúde Primários do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII-Gaia e Serviços de Internamento Hospitalar do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for de Social Sciences*, versão 22 para Windows 8.

**Resultados:** De um modo geral, os participantes têm dificuldade em identificar os significados do conceito de espiritualidade. Reconhecem a importância da formação em espiritualidade/ cuidado espiritual (88,30%), devendo estes cuidados ser prestados por todos os elementos da equipa (58,90%). Na perspetiva dos inquiridos, a formação pessoal em espiritualidade é insuficiente (58,90%), devendo esta iniciar-se nos cursos de licenciatura (58,30%). Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual e as variáveis idade, tempo de serviço e género.

**Conclusões:** A espiritualidade constitui um pilar fundamental na assistência à pessoa que sofre, nomeadamente aquela que se encontra em fim de vida. A falta de formação, de tempo e de condições físicas adequadas constituem limitações importantes à implementação de cuidados de ordem espiritual de forma eficaz e eficiente. Apesar disso, a espiritualidade é reconhecida como uma dimensão humana importante, que deve ser valorizada e focada na prática de cuidados.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Espiritualidade, Cuidado Espiritual, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Scientific evidence has shown that spirituality plays a significant role in crisis situations, such as at the end of life. For that reason spirituality and spiritual care have been the subject of research especially in nursing. Research studies highlight that the concept of spirituality is subjective and lacks clear definition, which creates difficulties in terms of practical guidance for providing care. Literature fundamentally suggests that in order to provide holistic health care professionals must recognise the importance of spirituality in care, particularly in the context of illness.

**Aim:** To analyse nurses' perceptions of spirituality and spiritual aspects of care in relation to age, length of service and gender.

**Research methods:** this is a quantitative study, observational, exploratory, descriptive and correlational in nature. A questionnaire was used and included the 'Rating Scale of Spirituality and Spiritual Care' (Martins, 2012; Martins et al, 2015). An intentional, non-probabilistic sample of working nurses was selected from two largely differing work contexts: Cuidados de Saúde Primários of Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII–Gaia and Serviços de Internamento Hospitalar of Centro Hospitalar in Vila Nova de Gaia Espinho. Data was analysed using the *Statistical Package for the Social Sciences*, version 22 for Windows 8.

**Results:** On the whole, participants struggle to define the concept of spirituality. They recognise the importance of training and practical guidance on spirituality / spiritual care (88.30%), which they feel must be provided by all those involved in patient care (58.90%). Research findings highlight that training in spirituality is insufficient (58.90%), and should be a part of undergraduate programmes of study (58.30%). The results show that there are no statistically significant differences in nurses' perceptions on spirituality and spiritual care regardless of age, length of service and gender.

**Conclusions:** Spirituality is a fundamental part of the human spirit when suffering, particularly at the end of life. The lack of training, time and adequate conditions, as well as the differences in perspective of male and female nurses are limiting factors to the effective and efficient implementation of spiritual care. Nonetheless, spirituality is recognised as an important human dimension that should be valued and focused on practical care.

**Keywords:** Palliative Care, Spirituality, Spiritual Care, Nursing.

# SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 – O SER HUMANO, A DOENÇA E OS CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2 – ESPIRITUALIDADE.....</b>	<b>20</b>
2.1 – Necessidades espirituais.....	21
2.2 – A espiritualidade no âmbito da investigação científica e dos cuidados de saúde.....	24
2.3 – O cuidado espiritual na prestação de cuidados de enfermagem.....	26
2.3.1 – Promotores e inibidores à prestação do cuidado espiritual.....	29
<b>3 – METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
3.1 – Questão de investigação, objetivos e hipóteses.....	31
3.2 – Desenho do estudo.....	32
3.3 – Variáveis em estudo.....	33
3.4 – População e amostra.....	34
3.5 – Recolha de dados.....	35
3.6 – Instrumento de recolha de dados.....	36
3.7 – Procedimentos formais e éticos.....	40
3.8 – Análise da informação.....	42
<b>4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	43
4.2. Resultados da Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual.....	48
4.3. Testes de hipóteses.....	53
<b>5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

<b>Anexo I</b>	<i>Autorização para a utilização do Instrumento de Recolha de Dados (Professor Wilfred McSherry, autor da versão original)</i>
<b>Anexo II</b>	<i>Autorização para a utilização do Instrumento de Recolha de Dados (Mestre Andreia Martins, autora da versão portuguesa)</i>
<b>Anexo III</b>	<i>Instrumento de recolha de dados final</i>
<b>Anexo IV</b>	<i>Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte</i>
<b>Anexo V</b>	<i>Parecer da Comissão de Ética do CHVN Gaia/Espinho</i>
<b>Anexo VI</b>	<i>Parecer do Conselho Clínico do ACES Gaia</i>

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1</b> Adaptação da Pirâmide das Necessidades de Maslow aos Cuidados Paliativos.....	22

## LISTA DE TABELAS

		Pág.
<b>Tabela 1</b>	Critérios de inclusão e exclusão da amostra em estudo...	35
<b>Tabela 2</b>	Caracterização sociodemográfica da amostra.....	44
<b>Tabela 3</b>	Tempo de experiência profissional dos enfermeiros.....	45
<b>Tabela 4</b>	Formação dos enfermeiros em Cuidados Paliativos, Espiritualidade/ Cuidado Espiritual.....	46
<b>Tabela 5</b>	Entidades responsáveis pela formação em Espiritualidade/ Cuidado Espiritual e pela prestação do Cuidado Espiritual aos doentes.....	47
<b>Tabela 6</b>	<b>Item c)</b> Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e de ser perdoado.....	49
<b>Tabela 7</b>	<b>Item h)</b> Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença.....	49
<b>Tabela 8</b>	<b>Item i)</b> Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida.....	50
<b>Tabela 9</b>	<b>Item g)</b> Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade.....	51
<b>Tabela 10</b>	Resultados do Teste de Correlação de Spearman entre a espiritualidade e a idade dos enfermeiros.....	54
<b>Tabela 11</b>	Resultados do Teste de Correlação de Spearman entre a espiritualidade e o tempo de Eexercício profissional.....	54
<b>Tabela 12</b>	Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a espiritualidade e o género dos enfermeiros.....	55

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**ARS Norte** – Administração Regional de Saúde do Norte

**CHPCA** – *Canadian Hospice Palliative Care Association*

**CHVN GAIA/Espinho** – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

**EAPC** – *European Association for Palliative Care*

**ECP** – Equipa de Cuidados Paliativos

**EIHSCP** – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

**GRES** – Grupo de Espiritualidade

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**NHPCO** – *National Hospice and Palliative Care Organization*

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SECPAL** – *Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos*

**SFAP** – *Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs*

**SSCRS** - *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCIM** – Unidade de Cuidados Intensivos Médicos

**UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

# INTRODUÇÃO

A evolução científica e tecnológica verificada nos últimos anos determinou importantes alterações nas sociedades modernas, nomeadamente no aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2014). Este aumento de longevidade, a par de outras transformações científicas, sociais e culturais, transformou o Homem num ser sem limites para o qual nada lhe parece impossível (Caldeira, 2011). Apesar deste desenvolvimento tecnológico galopante, os valores básicos do que é “Ser Pessoa” continuam a constituir a base de sustentação para uma sociedade livre e organizada, respeitadora de princípios éticos e morais. E “Ser Pessoa” é, tal como afirma Nunes (2012), ter a oportunidade de demonstrar o seu valor e realizar-se como Ser Humano, nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, social e espiritual.

Apesar da evolução científico-tecnológica continuam a existir situações para as quais a medicina curativa ainda não obteve resposta. A doença, particularmente a doença incurável, coloca a pessoa numa situação de vulnerabilidade, de confronto com os seus próprios limites. Neste contexto, a medicina paliativa tem vindo a afirmar-se como uma resposta válida e eficaz na assistência da pessoa em fim de vida (Twycross, 2003; Barbosa, 2010).

A este propósito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu diretivas específicas no que diz respeito ao alívio precoce e tratamento rigoroso dos problemas dos doentes, não só físicos como também psicossociais e espirituais (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2012). No entanto, embora a componente espiritual constitua uma dimensão fundamental da vida humana, só nos últimos vinte anos se começou a reconhecer a importância do seu poder terapêutico (Sinclair, Pereira & Raffin, 2006; Caldeira, 2011; Koenig, 2012). O movimento em torno do estudo e reconhecimento da importância da espiritualidade no âmbito da saúde, embora relativamente recente é crescente, não só no contexto internacional como nacional (McSherry, 2000, Anandarajah & Hight, 2001, McSherry, 2006; Ross, 2006; Caldeira, 2011; Gijssberts, 2011; Wu, 2011; Koenig, 2012; Chan 2013). Os aspetos psicossociais, existenciais e espirituais, são, cada vez mais, alvo de discussão e investigação e fazem parte do cerne do cuidado de excelência aos doentes (Julião & Barbosa, 2012).

Vários autores (Narayanasamy, 1991; Ross, 1995; Burnard, 1998; McSherry, 1998; Trevor, 2009; Gijssberts, 2011) têm, na última década, estudado e tentado compreender e definir o conceito de espiritualidade e de cuidado espiritual. No que diz respeito ao conceito de espiritualidade, são unânimes ao afirmarem tratar-se de um conceito único, individual, universal, dinâmico, multidimensional e integrador. É uma dimensão que dá significado à vida e consistência às experiências humanas (Caldeira, 2011), podendo a sua vertente prática definir-se pelo cuidado espiritual.

Ambos os conceitos estão intimamente associados à natureza dos cuidados de enfermagem, cuja essência é o ‘Cuidar’, isto é, “manter o sentido da vida da pessoa” (Caldeira, 2011, pag.15)

Apesar destas considerações, e do crescente interesse pelo estudo da espiritualidade em contexto de saúde, a dimensão espiritual continua a ser subvalorizada e confundida com a religião (Mendes, 2006)

A contextualização do tema relativo à espiritualidade e à perceção dos enfermeiros face ao cuidado espiritual fez com que nos surgisse a seguinte questão de investigação:

***“Qual a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual ?”***

Por forma a respondermos às inquietações iniciais efetuou-se uma breve pesquisa no sentido de perceber se existia em Portugal algum instrumento que nos pudesse ajudar a responder à questão em epígrafe. Do resultado dessa pesquisa constatou-se que, recentemente, a *Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual* fora traduzida e validada para a população portuguesa (Martins, 2012). Por forma a dar resposta às nossas preocupações, definiu-se o seguinte objetivo:

**Objetivo** – Analisar a relação entre as perceções dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual em função da idade, tempo de serviço e género.

Por forma a responder ao objetivo enunciado, realizou-se um estudo do tipo quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional. A amostra, do tipo não probabilístico e intencional, foi constituída por enfermeiros a trabalhar em dois grandes contextos de trabalho: Cuidados de Saúde Primários (Agrupamento de Centros de Saúde

de Gaia-ACES Gaia) e Serviços de Internamento Hospitalar do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVN Gaia/ Espinho).

Para a contextualização do referido estudo, pesquisou-se em bibliotecas e em bases de dados digitais: *EBSCO (all databases)*, *Pubmed*, *Google Scholar* e nos Repositórios das Universidades do Porto, Coimbra, Lisboa e Universidade Católica Portuguesa.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco partes fundamentais. No primeiro e segundo capítulos, centrados na revisão da literatura, clarificam-se os conceitos centrais da investigação, nomeadamente os de espiritualidade e cuidado espiritual. No capítulo três apresenta-se a metodologia do estudo e no quarto os resultados obtidos. No quinto capítulo discutem-se os resultados obtidos à luz do conhecimento atual.

Para além dos objetivos intrínsecos ao estudo e à questão de investigação esperamos, com este trabalho, acrescentar um contributo ao conhecimento em enfermagem nomeadamente no que se refere às percepções dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual e, ainda, à identificação de possíveis necessidades de formação.

Esperamos, também, contribuir para uma prática de cuidados mais holística, designadamente na finitude da vida onde as questões do foro espiritual assumem uma relevância particular, bem como para a divulgação científica do tema.

# **1 – O SER HUMANO, A DOENÇA E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

A Vida Humana é um direito fundamental que deve ser respeitado, protegido e dignificado, desde o nascimento até à morte (Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, Dezembro 2007). O esforço e empenho da sociedade em preservar a dignidade da pessoa humana encontra-se bem presente em diversas declarações, normas e decretos, nomeadamente na Convenção Europeia dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (Lei nº 65/78 de 13 de Outubro), na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), na Constituição da República Portuguesa (Lei nº 1/2005 de 12 de Agosto) e na Lei de Bases da Saúde (Decreto de Lei nº 48/90, 24 de Agosto).

Desde a revolução industrial no século XVIII que as sociedades têm vindo a sofrer de uma perda de consciência religiosa e um aumento do pensamento pragmático e científico (Nunes, 2012). De uma forma geral, podemos afirmar que as sociedades atuais vivem numa globalização de pensamento, de tecnologia e de investimento com vista à procura incessante da cura e do tratamento de algumas doenças (Nunes, 2012). A melhoria das condições socioeconómicas, as inúmeras descobertas científicas e o aumento da esperança média de vida têm, progressivamente, contribuído para esta missão. Todavia têm contribuído, também, para a transformação do Homem, tornando-o, cada vez mais, num ser sem limites, para o qual nada parece impossível (Caldeira, 2011) o que, por sua vez, parece ter contribuído para uma visão por vezes demasiado tecnicista do cuidar.

Mas, associada à evolução tecnológica, verificou-se, também, a evolução das ciências sociais e humanas e o desenvolvimento de princípios e referenciais éticos que visam garantir o respeito pela dignidade humana (Nunes, 2012). Tal como afirma Barbosa (2010), importa ter presente que a pessoa humana é constituída por quatro dimensões fundamentais: física, psíquica, social e espiritual e, por conseguinte, a ciência deve procurar atender às necessidades da pessoa em todas estas dimensões.

Embora sejam várias as situações passíveis de provocar um intenso sofrimento (como um divórcio, um acidente ou, até mesmo, o desemprego), a doença, particularmente a doença incurável, é talvez aquela que suscita e transporta consigo um maior sofrimento (Barbosa, 2010).



Este sofrimento, que é transversal às várias dimensões do ser humano (Peixoto, 2011), caracteriza-se, particularmente, pela incerteza face ao futuro e pela ambiguidade de sentimentos, levando a pessoa a desenvolver estratégias de confronto que lhe permitam, por um lado, encontrar uma explicação para o sucedido (Barbosa, 2010) e, por outro, aliviar o sofrimento e prevenir as recaídas (Montero *et al.* 2012).

Cuidar da dor e do sofrimento da pessoa deve, portanto, ser um dos objetivos principais dos profissionais de saúde, particularmente em contexto de doença grave. Esta problemática não é apenas uma questão técnica mas sim um dos desafios éticos mais importantes dos tempos modernos (Pessini, 2002). Aliás, numa situação de incurabilidade, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 1995) afirma que o doente deve ter o maior conforto e bem-estar não só a nível físico, como também psíquico e afetivo.

O sofrimento é uma experiência universal, inerente à condição humana, uma vez que todos os indivíduos, mais cedo ou mais tarde, passam por esta experiência (Martins, 2010). A evidência científica tem vindo a sugerir que o sofrimento existe, entre outras razões, porque o Homem toma consciência das lacunas da sua vida e da sua finitude (Carqueja, 2008). Esta perceção leva a que o sofrimento, muitas vezes psicológico e não físico, dê lugar a uma experiência mais lata, nomeadamente ao nível existencial e religioso (*Idem*). Esta construção contribui para que os indivíduos se relacionem com o processo saúde/doença de uma forma mais natural, cognitiva e sentimental, ajudando-os, assim, a integrarem estes acontecimentos na sua vida de uma forma menos dolorosa (Longdon, 2010). Tal como afirmam Frankl (1984) e Puchalsky (2002), o que destrói o Homem não é o sofrimento em si mas o sofrimento sem sentido.

Apesar destas considerações é indubitável que a doença, particularmente a doença incurável, coloca a pessoa numa situação de vulnerabilidade, de confronto com os seus próprios limites (Twycross, 2003; Barbosa, 2010).

O contributo da medicina para o sucesso curativo tem sido inequívoco mas, simultaneamente, tem gerado um importante impacto do ponto de vista relacional, na medida em que muitas vezes, a pessoa tende a ser vista como uma doença ou um órgão doente (Broeckert, 2011). A evidência científica tem demonstrado que o doente deseja ser abordado como pessoa, que sofre, com medos e sentimentos, e não como um número, ou um organismo com dor e sem função (*Idem*). Neste contexto, a medicina paliativa tem vindo a afirmar-se como uma resposta válida e eficaz na assistência da pessoa em fim de vida, proporcionando-lhe os cuidados necessários e adequados às suas

necessidades nas dimensões física, psicológica, social e espiritual (Twycross, 2003; Barbosa, 2010).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a primeira definição de cuidados paliativos e emitiu diretivas no que diz respeito à criação de programas específicos para os cuidados paliativos (OMS,2002). Segundo esta organização, os cuidados paliativos constituem *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”* (OMS, 2002, p.84). Desta definição ressalva-se a orientação para o alívio e prevenção do sofrimento não só na dimensão física mas, também, nas dimensões psicossocial e espiritual.

Mais tarde, em 2003, o Conselho da Europa recomendou, também, a todos os estados membros a criação de políticas legislativas com vista à criação de um quadro nacional coerente a nível dos cuidados paliativos. Perante estas recomendações surgiram, progressivamente, e por toda a Europa várias associações de cuidados paliativos com o objetivo de definir estratégias para a implementação dos mesmos nos cuidados de saúde. Entre estas destacam-se, pela projeção e sistematização do seu trabalho, a *European Association for Palliative Care* (EAPC, 1988); a *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL, 1992) em Espanha; *The National Council for Palliative Care* (NCPC, 1991) em Inglaterra e a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 1995), em Portugal.

Estas associações, a par das diversas políticas de saúde instituídas, têm dado um contributo fundamental ao movimento moderno dos cuidados paliativos, fundado por Cicely Saunders em 1968 (Neto, 2010).

Este movimento moderno caracteriza-se por uma assistência holística mas, simultaneamente, profissional e sustentada na mais recente evidência científica. A partir da definição proposta pela OMS percebemos, também, que os cuidados paliativos têm por missão maximizar o conforto da pessoa em todas as dimensões da sua vida, particularmente ao nível espiritual onde, com frequência, surgem tantos problemas motivados, precisamente, pela vulnerabilidade e incertezas provocados por um diagnóstico de doença incurável (Visser, Garssen & Vingerhoets, 2010).

Por conseguinte, a atenção dada à dimensão espiritual, seja na investigação, seja na prestação de cuidados, é um assunto que tem vindo a ganhar relevo, particularmente nos últimos vinte anos (McSherry, 1997; McSherry, Draper & Kendrick, 2002; Sinclair, Pereira & Raffin, 2006; Nixon, Broeckeaert, 2011; Caldeira, 2011; Narayanasamy, Penney, 2013) Este movimento, embora relativamente recente, é crescente, particularmente no âmbito da saúde (*Idem*). Aliás, a evidência científica tem vindo a demonstrar que neste contexto específico do cuidar, a dimensão espiritual, nomeadamente a religião e as crenças da pessoa, atuam como importantes mecanismos de *coping*, servindo de apoio, alento e esperança (Bouso *et al.* 2010) nos momentos de crise, razões pelas quais não deve ser sobrevalorizada seja ao nível da prestação de cuidados, seja ao nível da investigação e ensino.

## 2 - ESPIRITUALIDADE

Recorrendo a uma breve resenha histórica sobre o conceito de espiritualidade constata-se que a sua origem esteve, desde sempre, associada à vertente religiosa, à crença num Deus ou numa divindade superior (McSherry, 2006). No entanto, espiritualidade e religião representam, atualmente, conceitos diferentes, ainda que interligados (Koenig, 2012).

Segundo Baldacchino (2010), a espiritualidade é uma força vital unificadora onde se integra o biológico, o psicológico e o social e que pode ou não incluir uma componente religiosa de acordo com as crenças individuais de cada um. Esta autora afirma, por isso, que a espiritualidade se aplica a crentes e a não crentes.

Por sua vez, McSherry (2006) afirma que apesar de se considerar a espiritualidade como algo individual, todos os indivíduos possuem potencial intrínseco para a experimentar. Assim sendo, pode ser definida como uma dimensão que engloba todos os componentes que constituem o ser humano. É uma vivência multidimensional, complexa, individual, subjetiva, que proporciona bem-estar e confere significado à experiência humana (Caldeira, 2011), não estando necessariamente relacionada com nenhuma divindade religiosa (Chochinov, 2006). Entre os atributos assinalados importa realçar que, devido ao seu carácter subjetivo, pessoas diferentes podem ter diferentes significados de espiritualidade (McSherry, 2002; Caldeira, 2011; Baldacchino *et al*, 2015).

É, ainda, uma dimensão que faz parte da qualidade de vida da pessoa, nomeadamente da pessoa doente, sendo reconhecida por esta e pelas suas famílias. Face ao exposto é fundamental reconhecer a sua importância enquanto dimensão da vida humana e, portanto, foco da prestação de cuidados de saúde (Puchalski, 2013).

Em suma, e tal como referem Pinto, Caldeira & Martins (2012a), constituem atributos essenciais da espiritualidade a procura de um significado e propósito na vida e a necessidade de relação, seja consigo mesmo, com os outros, com a natureza e/ou com o transcendente. Segundo os mesmos autores, a necessidade de relação pode estruturar-se em duas subdimensões: a dimensão vertical (associada à relação com o transcendente) e a dimensão horizontal (isto é, consigo mesmo, com os outros ou com a natureza).

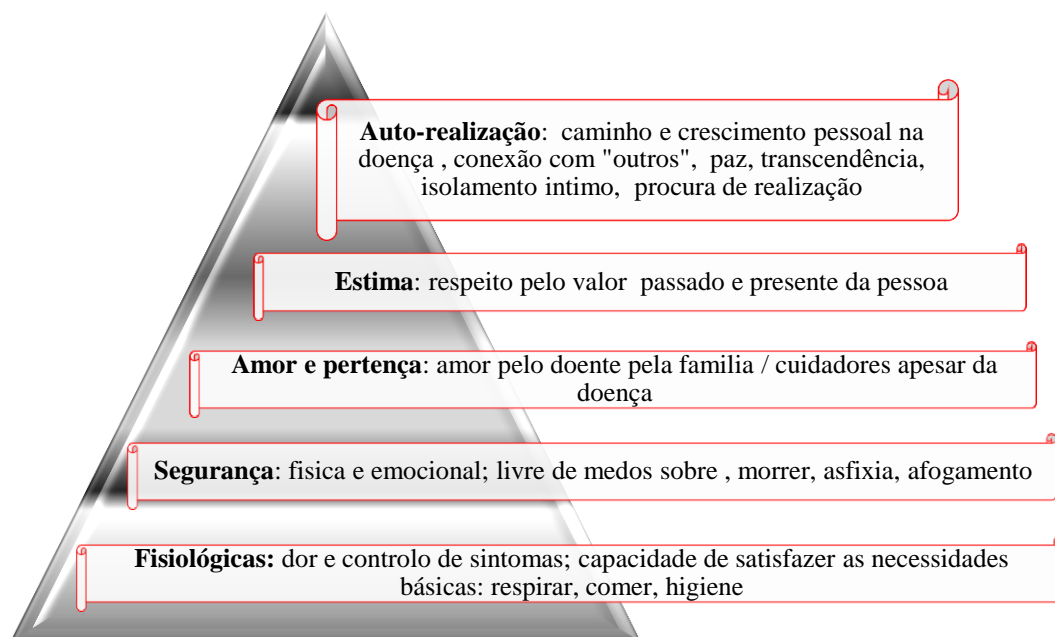
As dificuldades inerentes à definição e operacionalização do conceito têm motivado diversos estudos, particularmente no âmbito dos cuidados de saúde, em geral, e da enfermagem, em particular (Reinert *et al*, 2013). Estes estudos têm, por sua vez, vindo a demonstrar o efeito positivo da espiritualidade nos cuidados de saúde. Segundo dados resultantes de uma revisão sistemática da literatura na qual se avaliou a importância da espiritualidade e da religiosidade no controlo da dor crónica em doentes em cuidados paliativos, os autores concluíram que todos os estudos analisados foram unânimes em afirmar que a espiritualidade e a religião melhoram a situação clínica dos doentes (Peres *et al*, 2007), dados que nos remetem para a importância de valorizar e atender, de forma eficiente e eficaz, às necessidades espirituais da pessoa.

## **2.1 - Necessidades espirituais**

As necessidades espirituais são uma das vertentes essenciais na avaliação holística do doente (McSherry, 2011; Nixon *et al*, 2013). Podem ser definidas como tudo aquilo que motiva a procura do significado da vida e que ajuda a pessoa a ultrapassar as dificuldades e o sofrimento face à doença (Narayanasamy *et al*, 2004; Erichsen & Bussing, 2013; Nixon *et al*, 2013).

Quando se fala de necessidades pensa-se, invariavelmente, no modelo da Pirâmide das Necessidades de Maslow, criado pelo psicólogo Abraham Maslow em 1943 (Maslow, 1943). Neste modelo, Maslow descreve hierarquicamente as necessidades da pessoa. Na base da pirâmide encontram-se as necessidades fisiológicas e no ápice as de autorrealização (*Idem*). Segundo este modelo, cada indivíduo tem de realizar uma escalada hierárquica de necessidades para atingir a sua plena autorrealização. (*Idem*). Por outras palavras, o autor defende que, antes de prosseguirem para níveis mais elevados, os seres humanos procuram, em primeira instância, satisfazer as necessidades dos níveis inferiores, nomeadamente as fisiológicas (*Idem*).

Numa situação de doença, e mais concretamente de doença terminal, este modelo sofre algumas adaptações, tal como proposto por Zalenski & Raspa (2006) (Figura 1).



**Figura 1: Adaptação da Pirâmide das Necessidades de Maslow aos Cuidados Paliativos**  
(Zalenski & Raspa, 2006)

Fonte: Journal of Palliative Medicine (2006, vol. 9, n° 5)

Segundo os autores, e à semelhança do que sucede na Pirâmide das Necessidades de Maslow, na base encontram-se as necessidades fisiológicas, nas quais se destacam o controlo da dor ou de outros sintomas de ordem física (Zalenski & Raspa, 2006). Satisfazer as necessidades fisiológicas é fundamental uma vez que, com o avançar da doença, ocorre uma falência física que poderá ameaçar a satisfação dessas mesmas necessidades, causando um intenso sofrimento físico à pessoa (*Idem*).

No segundo plano estão as necessidades de segurança, podendo esta ser sobre o ponto de vista físico ou emocional. Um exemplo de segurança física pode ser o risco de queda causado pela debilidade física e mental do doente. Como segurança emocional, apresenta-se, por exemplo, o medo causado pela asfixia (*Idem*).

No terceiro plano encontra-se a necessidade de ser amado e a necessidade de pertença, a qual representa uma necessidade especialmente importante em fim-de-vida. Partilhar pensamentos, sentimentos, angústias, receios com alguém que se ama transforma a fase final de vida num momento menos penoso, numa relação de intimidade, sendo esta uma experiência que ajuda a pessoa a ser reconhecida e apreciada quer por si mesma, quer pelos outros (Zalenski & Raspa, 2006).

No quarto plano encontramos a necessidade de estima, particularmente importante no doente paliativo. Numa fase final de vida o doente poderá sentir-se

incapaz de acompanhar a família, facto que poderá desencadear sentimentos de incapacidade para usufruir da vida em comum com aqueles que ama (*Idem*).

No quinto e último plano, a necessidade de autorrealização. Esta necessidade concretiza-se no crescimento pessoal do doente face à doença, na compreensão e aceitação da situação que experiencia encontrando, se possível, sentido para o sofrimento e para a vida. O contacto com o transcendente, com o divino e consigo mesmo, vão intensificar a aceitação da vida e promover o processo de autorrealização, mesmo em contexto de doença (*Idem*).

Segundo dados de um estudo desenvolvido por Pinto, Caldeira & Martins (2012a, p. 9) as necessidades mais expressas pelos doentes em cuidados paliativos são, precisamente, de ordem espiritual, tais como: “*a procura de um sentido na vida, esperança/otimismo, perdão, conforto e segurança, relacionamento, revisão de vida e conclusão de assuntos pendentes, amor, garantia do bem-estar familiar, preparação do corpo para a morte, crenças e práticas religiosas ou espirituais*”.

Estes dados são reiterados pelos de outro estudo, realizado recentemente no Irão junto de doentes oncológicos, e no qual os investigadores concluíram que a paz interior, a procura do perdão, a manutenção da esperança, a aceitação da realidade, a procura do significado da vida, a comunicação com Deus e a oração, são as necessidades mais expressas pelos mesmos (Hatamipur *et al*, 2015), o que vai de encontro aos estudos de McSherry (2002) e Nixon & Narayanasamy (2010), também estes desenvolvidos com doentes oncológicos.

Por sua vez, Hsiao *et al* (2010) e Milligan (2011) constataram que uma outra necessidade espiritual importante para a pessoa em fim de vida passa por ter cuidados que os ajudem a enfrentar a morte com paz e serenidade.

Sendo os enfermeiros o grupo de profissionais que mais tempo passa com os doentes é importante compreender, também, se estes se encontram despertos para as necessidades espirituais dos mesmos.

Num trabalho de investigação realizado junto de um grupo de enfermeiros (Nixon *et al*, 2013) que trabalham com doentes do foro oncológico constatou-se que estes profissionais reconhecem a importância de satisfazer as necessidades espirituais dos seus doentes. Entre as necessidades mais importantes e mais presentes naqueles descrevem a necessidade de falar sobre assuntos de ordem espiritual, a necessidade de se sentir compreendido, respeitado e apoiado e a necessidade de assegurar, também, as necessidades espirituais dos seus familiares. Para além destas, os inquiridos consideram

fundamental a existência de tempo e privacidade para conversar sobre estes assuntos (*Idem*).

Mais recentemente, divulgaram-se dados relativos a um estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, pela Academia de Medicina e de Enfermagem Paliativa Americana, cujo objetivo era definir o *ranking* dos Indicadores de Qualidade nas Unidades de Cuidados Paliativos (Dy *et al*, 2015). Entre os 10 indicadores definidos, um deles é, precisamente, o domínio espiritual e existencial. Estes dados corroboram a evidência anteriormente apresentada e sustentam a necessidade de atender às necessidades espirituais das pessoas, com vista à qualidade dos cuidados ao doente que se encontra em fase terminal de vida.

## ***2.2 - A Espiritualidade no âmbito da investigação científica e dos cuidados de saúde***

Ao longo dos tempos são vários os profissionais de saúde que se têm vindo a interessar por esta temática, nomeadamente no estudo do seu significado e importância para os cuidados de saúde. Entre os diversos grupos profissionais, as áreas da enfermagem e da medicina são os que mais se destacam.

No que diz respeito à área da medicina, e a nível internacional, destacam-se, pela sistematização e projeção das suas ideias, os trabalhos desenvolvidos por Bert Broeckaert (Broeckaert, 2011), Harold Koenig (Koenig 2007, 2012;), Christina Puchalski (Puchalski, 2013; Puchalski *et al*, 2014) e Nora Erichsen & Arndt Bussing (Erichsen & Bussing 2014). No âmbito da enfermagem, destacam-se os estudos de McSherry (McSherry *et al*, 2002; McSherry *et al*, 2004; McSherry *et al*, 2013), Baldacchino (2006, 2010; Baldacchino *et al*, 2014), Narayanasamy (Narayanasamy, 2011; Narayanasamy *et al*, 2013) e Ross (2006).

A nível nacional são também, e cada vez mais, os estudos desenvolvidos no âmbito da espiritualidade em saúde, facto que demonstra a importância crescente do tema na investigação e na prática de cuidados também no nosso país. Entre estes destacam-se os estudos de Caldeira (2002, 2009; Caldeira *et al*, 2011; Caldeira *et al*, 2012), Mendes (Mendes, 2006; Mendes *et al*, 2011), Pinto (Pinto, 2012; Pinto, Caldeira



& Martins 2012a; Pinto, Caldeira & Martins, 2012b; Pinto, Caldeira & Martins 2013), Martins (Martins *et al*, 2015), entre outros.

Segundo Pinto, Caldeira & Martins (2012a), os estudos realizados têm vindo a documentar os efeitos positivos da espiritualidade na saúde da pessoa. Estes dados são reiterados por Koenig (2012) ao defender que a espiritualidade e, portanto, o cuidado espiritual, podem ter implicações diretas na deteção precoce da doença, na prevenção da mesma e nos resultados médicos obtidos (físicos e psicológicos), assim como nas práticas de cuidados de saúde a adotar.

Face ao exposto, são cada vez mais as associações internacionais de cuidados paliativos que integram o tema da espiritualidade nos seus objetivos e planos de trabalho. Entre estas, destacamos o trabalho desenvolvido pela *European Association for Palliative Care* (EAPC), a *Canadian Hospice & Palliative Care* (CHPCA) e a *National Hospice and Palliative Care Organization* (NHPCO), uma vez que nos seus programas de formação têm incluído equipas que investigam e dão formação aos profissionais de saúde no âmbito da espiritualidade e do cuidado espiritual. Ao nível da Península Ibérica assinala-se o contributo da *Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos* (SECPAL) e da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). A primeira (SECPAL) criou, já em 2004, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde para realização de estudos de investigação nesta área. Fruto desse investimento, esta mesma associação publicou, em Novembro de 2014, o trabalho desenvolvido até então neste âmbito, intitulado *Espiritualidade en Clínica: Una propuesta de evaluacion y acompanamiento espiritual en Cuidados Paliativos* (Alvarez *et al*, 2014). Em Portugal, e ainda que recentemente, também a APCP criou o Grupo de Espiritualidade (GRES), cujos objetivos residem não só na promoção da reflexão, como, também, na fomentação da intervenção e investigação nesta dimensão específica.

Para além destes grupos de trabalho destaca-se, ainda, o contributo de algumas universidades portuguesas, não só no ensino como, também, na investigação do tema. São exemplos a Universidade Católica Portuguesa e as Faculdades de Medicina do Porto, de Coimbra e de Lisboa que nos programas curriculares dos cursos de formação pós-graduada de cuidados paliativos incluem disciplinas orientadas para o estudo da espiritualidade no contexto da saúde (Pinto, 2012).

No que diz respeito à enfermagem, o tema tem, também, sido alvo de pesquisa, verificando-se um aumento da produção científica particularmente na última década (Caldeira *et al*, 2011). São exemplo disso a publicação de trabalhos em revistas de

enfermagem indexadas, com revisão por pares, tais como no *Journal of Nursing Management*, *International Journal of Palliative Nursing* e do *Journal of Hospice & Palliative Nursing*.

Perante esta crescente publicação científica acerca do tema, e sendo premissa fundamental da prática de enfermagem o cuidado holístico ao doente (Ordem dos Enfermeiros, 2009), consideramos importante conhecer ou, pelo menos, acrescentar um contributo ao conhecimento no que concerne à percepção dos enfermeiros face à importância da espiritualidade e do cuidado espiritual aos seus doentes.

### ***2.3 O cuidado espiritual na prestação de cuidados de enfermagem***

Sendo a espiritualidade uma dimensão que dá significado à vida humana e consistência às experiências humanas a sua vertente prática, traduz-se no cuidado espiritual (Caldeira, 2011).

Este tipo particular de cuidado, orientado para a dimensão espiritual, não deve ser desvalorizado, da mesma forma que não se desvalorizam as dimensões física, psicológica e social (Narayanasamy, 2009; Baldacchino, 2010).

Não obstante, trata-se de um tipo de cuidados que não se pode dissociar do ‘Cuidar’ em enfermagem.

Segundo o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE), a enfermagem pode ser definida como “*a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser Humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” (Decreto de Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998).

Dos enfermeiros espera-se que sejam capazes de prestar cuidados humanos, respeitando a pessoa e cuidando-a sem qualquer discriminação, respeitando-a como ser único, individual, indo de encontro à satisfação e realização das suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A filosofia dos cuidados de enfermagem é, portanto, o ‘Cuidar’ (Watson, 2002), ato que significa proteger, melhorar e preservar a dignidade humana (Watson, 1999). É

uma interação entre a componente técnico-científica e a componente humanista (*Idem*). Face ao exposto, as intervenções de enfermagem deixam de ser apenas intervenções do domínio físico, psicológico e social ampliando-se, também, ao domínio espiritual (Artigo nº 82 do Código Deontológico de Enfermagem, 2009).

Cuidar implica uma visão holística (Pacheco, 2002), isto é, um olhar global sobre as necessidades da pessoa em todas as dimensões da sua vida. Para além dos conhecimentos técnicos requer respeito pela ética e pela moral, o que implica um envolvimento, compromisso, sentimentos, tratando-se, portanto, de um processo interativo entre o cuidador e alguém que é cuidado (Waldow, 2012). O papel do enfermeiro é o de favorecer o desenvolvimento das potencialidades da pessoa doente no sentido de melhorar ou manter a condição humana, seja no processo de viver, seja no processo de morrer (*Idem*).

No que diz respeito ao processo de morrer, particularmente no que diz respeito à pessoa em fim de vida importa, contudo, esclarecer o conceito. Segundo a definição proposta pela SECPAL (1992) um doente em final de vida é um doente que apresenta uma doença avançada, progressiva e incurável, com prognóstico de saúde inferior a 6 meses de vida, no qual existe agravamento do quadro sintomatológico com grande alteração do estado emocional do doente e da família, relacionada com a presença explícita da morte.

Tal como referido em capítulos anteriores, particularmente neste contexto específico, as ações desenvolvidas, nomeadamente as de enfermagem, devem ir de encontro à satisfação das necessidades da pessoa nas diferentes dimensões humanas: física, psíquica, social e espiritual (Caldeira, 2011). Mas, como cada doente é único e diferente, deve-se atender de forma individual às necessidades espirituais de forma a diagnosticar e intervir de forma holística e adequadamente (Caldeira, 2011). Face ao exposto, o reconhecimento das necessidades espirituais dos doentes é uma parte fundamental do cuidar em enfermagem (Narayanasamy, 2009).

Segundo um estudo desenvolvido por Edwards *et al* (2010), o cuidado espiritual ajuda o doente na descoberta de si próprio, da sua identidade e do seu autoconhecimento; promove o relacionamento com os outros; intensifica o contacto com a natureza, reduz os níveis de ansiedade, produz conforto e proporciona bem-estar e paz interior; promove a relação com uma divindade superior, ajudando a pessoa a sentir-se confortada, a lutar contra o medo, a manter a força interior e lutar contra a

solidão; promove a esperança. Desta forma, poder-se-á dizer que o cuidado espiritual é um cuidado individualizado e singular (Edwards *et al*, 2010).

Na etapa final da vida é natural que haja um (re)despertar da dimensão espiritual, uma vez que o sofrimento intensifica as questões relacionadas com o sentido da vida e intensifica a necessidade de procurar ou fortalecer as relações que a pessoa estabelece consigo, com os outros, com a natureza ou com uma entidade superior (*Idem*).

Num estudo realizado em 2006, no qual a autora identifica o cuidado espiritual como uma prioridade no cuidado holístico à pessoa doente, constatou-se que este é um cuidado complexo que exige que os enfermeiros tomem, antes de mais, consciência da sua própria espiritualidade (Baldacchino, 2006). Apesar destas considerações, a autora concluiu que, regra geral, os enfermeiros se preocupam muito mais com a dimensão física do doente do que com a dimensão espiritual. Como principais razões aponta a falta de formação específica no que diz respeito à integração das necessidades espirituais nos cuidados holísticos ao doente (*Idem*). Estes dados são reiterados por Narayanasamy (2006) que, no seu trabalho, concluiu que o cuidado espiritual pode e deve, de facto, ser prestado pelos enfermeiros embora a falta de formação neste âmbito constitua uma importante limitação

Num outro estudo, que serviu para elaborar os consensos relativamente à prática do cuidado espiritual aos doentes em fim de vida, os autores afirmam que o cuidado espiritual é uma componente fundamental da prestação de cuidados paliativos de qualidade (Puchalski *et al*, 2009). É uma necessidade dos doentes que afeta os cuidados de saúde, a tomada de decisão do doente e a sua qualidade de vida. O cuidado espiritual deve ser, portanto, uma prática comum em todas as equipas de cuidados paliativos. Deve ser prestado por todos os elementos que constituem as equipas e deve ter um elemento responsável pela planificação dos cuidados espirituais a prestar aos doentes (*Idem*).

Em Portugal, num estudo relativo à divulgação científica sobre o tema da espiritualidade no âmbito dos cuidados de enfermagem, as autoras concluíram que os enfermeiros, apesar das dificuldades sentidas, reconhecem a importância da espiritualidade no contexto da saúde e da prática dos cuidados (Caldeira *et al*, 2011). Neste estudo concluiu-se, também, que a tomada de consciência da sua própria espiritualidade e a compreensão da espiritualidade como facilitadora do conhecimento

do sentido da vida, são motivos imperativos para a integração do cuidado espiritual no plano de cuidados ao doente (*Idem*).

Em suma, e segundo Pinto, Caldeira & Martins (2012a), o cuidado espiritual assenta em quatro princípios fundamentais: intuição, relação interpessoal, altruísmo e integração. Por outras palavras, é necessário, antes de mais, que o enfermeiro ou profissional de saúde esteja desperto para as necessidades espirituais do doente (intuição) identificando, depois, o momento adequado para intervir. Apesar destas considerações, a presença física, por si só, não é suficiente, sendo necessário comunicar de forma assertiva e eficaz (relação interpessoal), colocando, sempre em primeiro plano as necessidades da pessoa (altruísmo). Por fim, importa ter presente que a espiritualidade e, por conseguinte, as necessidades espirituais repercutem-se em todos os aspetos da vida humana (integração), o que impõe uma abordagem global, holística.

### ***2.3.1. Promotores e inibidores à prestação do cuidado espiritual***

Os estudos realizados no âmbito da espiritualidade destacam, com frequência, a existência de diversas barreiras à prestação do cuidado espiritual.

Num estudo nacional desenvolvido por McSherry em 2011, o autor procurou analisar a importância atribuída pelos enfermeiros à espiritualidade e ao cuidado espiritual. O autor concluiu que os enfermeiros reconhecem a espiritualidade como uma área fundamental de atuação e prestação de cuidados, afirmando, porém, não receberem formação suficiente para reconhecerem as necessidades espirituais dos seus doentes e, assim, irem de encontro à satisfação das suas necessidades.

Este estudo vai de encontro aos resultados encontrados por Chan (2008), no qual o investigador inquiriu 110 enfermeiros de um hospital público de Hong Kong. Este estudo teve por objetivo avaliar os fatores que mais afetam os profissionais de saúde na prática do cuidado espiritual. Concluiu-se que quanto maior o nível de espiritualidade do enfermeiro, maior é a atenção prestada com o cuidado espiritual. Os resultados demonstraram, ainda, que a falta de formação académica, a escassez de tempo e o número insuficiente de profissionais de saúde a trabalhar constituem fatores que limitam a prática do cuidado espiritual (*Idem*).

Para além destas barreiras, outros estudos documentaram a existência de fatores de ordem pessoal (falta de preparação pessoal, incerteza no que diz respeito ao cuidado espiritual, custo elevado devido ao envolvimento emocional), culturais (doentes com religiões diferentes), institucionais (número elevado de doentes, reduzido número de profissionais, falta de condições físicas para a privacidade, aumento do número de horas de trabalho semanal), educacionais (falta de formação e prática) e falta de avaliação e documentação (inexistência de registos claros e formas de avaliar e monitorizar o cuidado espiritual) dos profissionais de saúde (Edward *et al*, 2010).

No que diz respeito à formação dos enfermeiros, Narayanasamy (1999) desenvolveu um modelo de formação, denominado ASSET (*Actioning Spirituality and Spiritual care in Education and Training*), cujo objetivo é proporcionar um modelo orientador de temas que pudessem ser abordados nos cursos de enfermagem. Entre os temas a abordar destacam-se a autoconsciência da espiritualidade pelo próprio enfermeiro, o aprofundamento de conhecimentos acerca da dinâmica da espiritualidade e o aplicar o conhecimento e as competências anteriormente adquiridas para a prática de enfermagem. A utilização deste modelo permitiu aos enfermeiros atualizar conhecimentos acerca da espiritualidade e do cuidado espiritual, tomar consciência da sua espiritualidade e assumir uma posição no que diz respeito à aplicabilidade do cuidado espiritual na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Narayanasamy, 1999). A implementação do estudo da espiritualidade e do cuidado espiritual nos programas de ensino da enfermagem e a utilização de escalas de avaliação do cuidado espiritual torna-se fundamental para a melhoria da prestação de cuidados espirituais aos doentes em fase terminal (Pedrão & Beresin, 2010; McSherry & Jamieson, 2011; Caldeira *et al*, 2011).

### 3 - METODOLOGIA

No capítulo anterior dedicamo-nos à formulação do problema de investigação e à revisão dos conceitos de cuidados paliativos, espiritualidade, cuidar e cuidado espiritual. Neste capítulo centrar-nos-emos no desenho da investigação apresentando, sucintamente, as opções metodológicas efetuadas.

O estudo que nos propomos realizar remete-nos para a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.

A evidência científica tem vindo a documentar a relevância da espiritualidade na prestação de cuidados de saúde e na qualidade de vida do doente, constituindo, particularmente na última década, um tema importante na investigação (Caldeira, 2011).

De forma a respondermos aos objetivos formulados e, simultaneamente, contribuir para a evidência científica e melhoria dos cuidados de enfermagem neste domínio, desenhamos um estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo-correlacional.

#### ***3.1. Questão de investigação, objetivos e hipóteses***

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2005), a formulação de uma boa questão de investigação é essencial, na medida em que ajuda o investigador a esclarecer o problema a investigar e, conseqüentemente, a conduzir a investigação de uma forma mais eficaz.

Por sua vez, os objetivos indicam, de uma forma mais precisa e operacional, a importância e relevância do estudo, especificando as variáveis em estudo, a população alvo e o contexto do estudo (Fortin, 2009). Representam aquilo que o investigador se propõe a fazer para responder à questão de investigação inicial (Pais-Ribeiro, 2010).

As relações previstas entre as variáveis e a predição clara dos resultados esperados, baseadas na teoria estudada, definem as hipóteses da investigação (Fortin, 2009).

Assim sendo, e tendo como ponto de partida as inquietações provenientes da nossa experiência profissional e para as quais não encontramos resposta na revisão bibliográfica efetuada, formulou-se a seguinte questão de investigação de partida:

***“Qual a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual?”***

A partir desta questão formulou-se o seguinte objetivo:

**Objetivo** – Analisar a relação entre as percepções dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual em função da idade, tempo de serviço e género.

Por forma a dar resposta ao objetivo apresentado, elaboraram-se as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1** - As percepções dos enfermeiros em relação à espiritualidade e ao cuidado espiritual variam em função da idade;

**Hipótese 2** - As percepções dos enfermeiros em relação à espiritualidade e ao cuidado espiritual variam em função do tempo de serviço;

**Hipótese 3** - As percepções dos enfermeiros em relação à espiritualidade e ao cuidado espiritual variam em função do género.

### ***3.2. Desenho do estudo***

Durante a revisão bibliográfica constatamos que, muito recentemente, foi validada para a população portuguesa a ‘*Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual*’ (Martins 2012; Martins *et al.*, 2015). Tanto quanto conseguimos apurar junto da autora e da pesquisa bibliográfica efetuada, este instrumento, que permite avaliar a percepção dos enfermeiros face ao cuidado espiritual, nunca foi utilizado no nosso país.

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa, desenhando-se um estudo observacional, do tipo exploratório, descritivo e correlacional. Segundo Fortin (2009), o desenho do estudo constitui um plano de trabalho lógico que tem como objetivo principal ajudar o investigador a responder ao



problema de investigação e às hipóteses formuladas de forma organizada, válida e eficaz.

Neste contexto, a metodologia quantitativa revela-se como um processo dedutivo, no qual através de dados numéricos se fornecem conhecimentos objetivos acerca das variáveis em estudo (Ribeiro, 2010). É exploratório porque se pretende com este estudo conhecer um pouco mais sobre o assunto. Correlacional, pois pretende-se determinar a existência ou não de relações entre as variáveis e descritivo na medida em que se procurará descrever essas mesmas relações (Fortin, 2009).

### ***3.3 Variáveis em estudo***

Segundo Pais-Ribeiro (2010), a variável de um estudo pode ser definida como o elemento central da investigação, uma vez que é à volta desta que se estrutura todo o processo de investigação. Para Fortin (2009), as variáveis são qualidades ou características de objetos, pessoas ou situações, que tomam diferentes valores e que são estudadas numa investigação. As questões de investigação dão resposta às variáveis que são descritas e as hipóteses às possíveis relações que possam existir entre elas (Fortin, 2009). Como o próprio nome sugere, variável é algo que varia, que não é constante e, por este motivo, a escolha de uma variável é de extrema importância para a investigação. Podem ser divididas em variáveis dependentes e variáveis independentes (Pais-Ribeiro, 2010) e, ainda, em variáveis atributo e variáveis estranhas (Fortin, 2009; Coutinho, 2014).

Visto o presente trabalho ser um estudo observacional, no qual não existe manipulação das variáveis, centrar-nos-emos, fundamentalmente, nas variáveis independentes e dependentes (Fortin, 2009; Coutinho, 2014). A variável independente é *“a variável que o investigador manipula, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar”* (Coutinho, 2014, p.73). Por sua vez, a *“variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou resultado esperado”* (Fortin, 2009, p. 37).

Face ao exposto, definiram-se como variáveis independentes aquelas que poderão influenciar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, tais como: género, idade, tempo de exercício profissional, local de trabalho e

a formação em cuidados paliativos, espiritualidade e/ou cuidado espiritual. Como variável dependente definiu-se a perceção dos enfermeiros sobre o cuidado espiritual.

### ***3.4 População e amostra***

A população em estudo são os enfermeiros portugueses que se encontram na prestação direta de cuidados.

Sendo o universo geral muito extenso, e devido à impossibilidade de investigar toda a população, foi necessário criar uma amostra de enfermeiros que estivessem: a) na prestação direta de cuidados e b) dispostos a preencher o questionário, de forma livre e esclarecida.

Face ao exposto, a amostra - do tipo não probabilístico e intencional - foi constituída por enfermeiros a trabalhar em dois grandes contextos de trabalho: Cuidados de Saúde Primários e Serviços de Internamento Hospitalar do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVN Gaia/ Espinho).

Dos Cuidados de Saúde Primários recrutaram-se enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII – Gaia (ACES – Gaia), do qual fazem parte várias unidades: Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Soares dos Reis; Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Soares dos Reis/ Extensão Vilar de Andorinho; Unidade de Saúde Familiar Saúde no Futuro; Unidade de Saúde Familiar Nova Salus; Unidade de Saúde Familiar Camélias; Unidade de Saúde Familiar Gaya; Unidade de Saúde Familiar Santo André de Canidelo; Unidade de Cuidados Continuados Ancora; Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Barão do Corvo; Unidade de Saúde Familiar Arco do Prado; Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Oliveira do Douro; Unidade de Saúde Familiar Abel Salazar; Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Avintes.

A nível de internamento hospitalar no CHVN Gaia/ Espinho, recrutaram-se enfermeiros a exercer funções nos serviços de Pneumologia, Medicina 1, Medicina 3, Medicina 4, Unidade de Cuidados Intensivos de Medicina e Serviço de Oncologia.

A Tabela 1 apresenta, em síntese, os critérios de inclusão e exclusão definidos.

**Tabela 1:** Critérios de inclusão e exclusão da amostra em estudo

<i><b>Critérios de inclusão</b></i>	<i><b>Critérios de exclusão</b></i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nacionalidade Portuguesa;</li><li>• Curso de Licenciatura em Enfermagem emitido por uma Escola de Enfermagem Portuguesa;</li><li>• Estar na prestação direta de cuidados;</li><li>• Exercer funções nos serviços descritos anteriormente do CHVN Gaia/ Espinho ou nas unidades do ACES - Gaia.</li><li>• Consentimento livre e esclarecido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeiros que estejam em integração no serviço;</li><li>• Enfermeiros que estejam na gestão, supervisão ou outras funções que não a prestação direta de cuidados aos doentes;</li><li>• Enfermeiros que trabalham no âmbito da pediatria.</li></ul>

### **3.5. Recolha de dados**

A recolha de dados decorreu no período compreendido entre o dia 1 de Outubro de 2014 e o dia 10 de Dezembro de 2014. Este período deveu-se, fundamentalmente, à necessidade de obter o maior número de participantes possíveis dado que, nas reuniões iniciais com os responsáveis dos serviços percebemos que, ciclicamente, havia várias ausências ao serviço, fosse por motivos de férias ou atestado médico.

No ACES - Gaia foi contactada a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe e no CHVN Gaia/ Espinho foi agendado, a pedido da investigadora, uma reunião com o Sr. Enfermeiro Diretor. Nestas reuniões foi apresentado o estudo e solicitada orientação relativamente ao contacto com os elos de ligação à investigadora nas diferentes instituições (os Srs. enfermeiros responsáveis no ACES e os Srs. enfermeiros chefes no CHVN Gaia/ Espinho)

A Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe do ACES – Gaia deu indicação à investigadora para contactar pessoalmente os enfermeiros responsáveis de cada unidade (UCSP, UCC, USF). Estes elementos constituíram, em cada local, o elo de ligação entre a investigadora e os restantes enfermeiros de cada unidade.

No CHVN Gaia/ Espinho o Sr. Enfermeiro Diretor incentivou a investigadora a contactar pessoalmente a Sra. Enfermeira Supervisora da Unidade de Gestão Integrada de Medicina, a fim de agilizar os contactos com os Srs. Enfermeiros Chefes. Esta,

prontamente se mostrou disponível e agendou uma reunião no próprio dia entre a investigadora e os diferentes Enfermeiros Chefes dos serviços referidos anteriormente. Ficou decidido nas respetivas reuniões que a investigadora seria contactada telefonicamente para ir levantar os questionários preenchidos.

Aos referidos elos de ligação foi explicado o estudo, o carácter voluntário e anónimo da participação, o consentimento informado e forma de preenchimento do questionário.

Os questionários foram entregues aos elos de ligação que, posteriormente, os distribuíram às suas equipas. Após preenchimento, destacaram o consentimento informado anexo aos questionários, contactaram a investigadora e devolveram-lhe os respetivos documentos devidamente preenchidos. A investigadora mostrou-se sempre disponível para prestar qualquer esclarecimento que fosse necessário junto dos profissionais.

Em suma, foi solicitada a colaboração de 152 enfermeiros do CHVN Gaia/Espinho e a de 80 do ACES-Gaia. Obtiveram-se 125 questionários preenchidos dos enfermeiros do CHVN Gaia/Espinho e 55 dos enfermeiros do ACES Gaia. Recolheram-se, por isso, 180 questionários, sendo que nenhum destes teve que ser anulado por elevadas não-respostas ou outras inconformidades.

### **3.6. Instrumento de recolha de dados**

Sendo a espiritualidade um conceito subjetivo, individual e com relevância para os cuidados de saúde, importa ser quantificada e medida. A medição permite ao prestador de cuidados avaliar o resultado das suas intervenções e a variação que possa existir ao longo do tempo. Segundo Pinto (2012), existem em Portugal alguns instrumentos validados para a nossa população no âmbito da espiritualidade tais como a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS) de Pinto & Pais-Ribeiro (2007) e a Escala de Avaliação Espiritual (Rego, 2007).

Para avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual conhece-se, apenas, a “*Spirituality and Spiritual Scale Rating Scale*” (SSRS) de Wilfred McSherry (McSherry *et al.*, 2002), traduzida, adaptada e validada para

português por Martins (2012) e que, até à data, constitui o único instrumento para este fim em Portugal.

Após a revisão da literatura e da pesquisa da mais recente evidência científica, constatamos que a ‘*Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual*’ (Martins, 2012; Martins *et al*, 2015), apesar de validada para a população de enfermeiros portugueses em 2012, ainda não fora aplicada até à data. Neste sentido, decidimos utilizar o instrumento em epígrafe, não só para analisar a importância atribuída pelos enfermeiros ao cuidado espiritual mas, também, com vista à identificação de necessidades de formação neste domínio. Este instrumento pareceu-nos ir de encontro aos objetivos traçados no início da investigação.

Feita a escolha do instrumento, foi solicitada autorização ao Prof. Wilfred McSherry, autor da versão original (Anexo I) e à Mestre Andreia Martins, investigadora principal no processo de tradução, adaptação e validação do instrumento para português (Anexo II).

O instrumento final (Anexo III), que demora cerca de 7 minutos a ser preenchido, é constituído por um questionário de autopreenchimento, organizado em duas partes distintas: uma primeira parte composta por um conjunto de questões de carácter sociodemográfico e uma segunda relativa à versão portuguesa da ‘Escala da Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual’ (Martins, 2012; Martins *et al*., 2015).

De seguida apresentamos, resumidamente, os instrumentos utilizados:

- **1ª Parte: Questionário sociodemográfico**

A primeira parte do questionário diz respeito a um conjunto de perguntas de carácter sociodemográfico, formação pessoal e experiência profissional e tem como principal objetivo a caracterização da amostra em função dos objetivos definidos para a investigação. Foram incluídas questões de resposta fechada e aberta.

Assim, foram solicitados os seguintes dados:

- a) Sociodemográficos

- Idade (anos)
- Sexo (masculino ou feminino)

- b) Formação

- Habilitações literárias (Bacharelato; Licenciatura; Especialidade e qual; Doutoramento e qual);
- Formação prévia em cuidados paliativos (sim, não);
- Formação específica na área da espiritualidade/ cuidado espiritual (sim, não);
- Perceção pessoal quanto à formação na área da espiritualidade e/ ou cuidado espiritual (escala tipo *Likert* constituída por 4 categorias: “nenhuma”, “insuficiente”, “suficiente” e “boa”);
- Entidades responsáveis pela formação na área da espiritualidade (curso de licenciatura, curso de cuidados paliativos, formação pós-graduada como mestrado, por exemplo, ou centro de formação das instituições de saúde, outro);
- Perceção pessoal quanto à capacidade que o enfermeiro acredita ter para abordar as necessidades espirituais dos seus doentes (escala tipo *Likert* constituída por 5 categorias: “completamente capaz”, “capaz”, “não estou seguro”, “incapaz” e “completamente incapaz”);
- Fatores que dificultam a abordagem do enfermeiro aos cuidados espirituais do doente (resposta aberta).

c) Experiência profissional

- Local de trabalho (resposta aberta);
- Horário de trabalho (por turnos ou fixo);
- Experiência profissional em cuidados paliativos (resposta aberta, em anos);
- Tempo total de experiência profissional (resposta aberta, em anos).

• **2ª Parte: ‘Escala da Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual’ (Martins, 2012; Martins *et al*, 2015)**

O instrumento original, a *Spirituality and Spiritual Scale Rating Scale* (McSherry *et al*, 2002) é constituído por 17 itens, apresentados numa escala tipo *Likert*. Na sua versão original apresenta um Alfa de *Cronbach* global de 0,64 e explora 4 domínios ao qual o autor associou diferentes itens da escala:

- Domínio I – **Espiritualidade** (itens C F, H, I, J, L) – neste domínio o autor incluiu os itens que se relacionam com o conceito de espiritualidade e com conceitos acerca da existencialismo. Questões que lidam com a vida e a sua existência, em particular, a necessidade de investir na vida com significado e propósito; a necessidade

de encontrar significado e sentido em alturas de doença e sofrimento (McSherry *et al.*, 2002);

- Domínio II – **Cuidado Espiritual** (itens A, B, G, K) – neste domínio o autor agrupa todos os elementos que se relacionam com o cuidado espiritual tais como a atenção que o enfermeiro deve ter para com o doente assim como qualidades de bondade e demonstração de interesse: saber ouvir, dispensar tempo, respeitar a privacidade e dignidade e manter as práticas religiosas (McSherry *et al.*, 2002);

- Domínio III – **Religiosidade** (itens D, M, P) - neste domínio o autor engloba todos os itens que se relacionam com a ideia de que a espiritualidade não se relaciona apenas com a religião mas que é um conceito global, podendo-se relacionar também com a criatividade, a arte, a natureza ou a auto-expressão de qualidades (McSherry *et al.*, 2002);

- Domínio IV – **Cuidado Personalizado** (itens N, O, Q) – neste domínio o autor engloba todos os itens que se relacionam com a individualidade da espiritualidade e, por isso, abordados pelos enfermeiros no sentido de respeitar as crenças, os valores e a moral dos doentes (McSherry *et al.*, 2002).

Este instrumento tem sido utilizado em investigações noutros países, tendo integrado um estudo do *European NetWork Research on Spirituality* que envolveu participantes de Malta, Reino Unido, Noruega e Holanda. Este instrumento é, também, uma referência importante no relatório final do *Royal College of Nursing* apresentado em 2011 (McSherry, 2011).

A versão portuguesa, a ‘Escala da Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual’ (Martins, 2012; Martins *et al.*, 2015) mantém a estrutura original, constituída por 17 itens com 5 opções de resposta: ‘discordo totalmente’, ‘discordo’, ‘não sei’, ‘concordo’, ‘concordo totalmente’. Os scores de cada resposta variam entre 1 e 5, sendo o 1 ‘discordo totalmente’ e o 5 ‘concordo totalmente’. A resposta assinalada deve ser a que o enfermeiro considere mais adequada ao item apresentado.

No processo de tradução, validação e adaptação para a população portuguesa, a autora (Martins, 2012; Martins *et al.*, 2015) utilizou uma amostra constituída por 94 enfermeiros que desempenhavam funções nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e nas Equipas Intra-Hospitalares de Cuidados Paliativos (EIHSCP) em Portugal. Do estudo fizeram parte não só as unidades reconhecidas pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, bem como outras unidades legalizadas pelo estado Português.

Após análise dos dados e estudo das propriedades psicométricas do instrumento, a autora verificou que a versão portuguesa apresenta um alfa de Cronbach global de 0,76, superior ao da versão original de McSherry *et al.* (2002) ( $\alpha=0,76$  na versão portuguesa versus  $\alpha=0,64$  na versão original) (Martins, *et al.*, 2015). Na presente investigação, o alfa de Cronbach global obtido foi de 0,753 ( $\alpha=0,753$ ), enquanto nas restantes dimensões o alfa de Cronbach foi de 0,711 no domínio Espiritualidade, 0,701 no domínio Cuidado Espiritual, 0,580 no domínio Cuidado Personalizado e 0,541 no domínio Religiosidade.

### ***3.7. Procedimentos formais e éticos***

Os procedimentos éticos abrangem todas as etapas do processo de investigação, desde a escolha e pertinência do problema até à divulgação dos resultados (Nunes, 2013).

Assim, depois de definida a problemática em estudo, elaborou-se um projeto de investigação que se apresentou à Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), ACES-Gaia e ao CHVN Gaia/ Espinho. Após um contacto informal com a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe do ACES-Gaia e com o Sr<sup>o</sup> Enfermeiro Diretor do CHVN Gaia/ Espinho, ambos comunicaram à investigadora a necessidade de submeter o projeto à Comissão de Ética da ARS Norte (órgão máximo decisor no que diz respeito às questões ético-legais dos processos de investigação a realizar na área dos Cuidados de Saúde Primários) e à Comissão de Ética do CHVN Gaia/ Espinho, respetivamente.

Perante isto, foi elaborado um projeto de investigação de acordo com as orientações propostas pelas Comissões de Ética da ARS Norte e do CHVN Gaia/ Espinho, as quais emitiram parecer favorável à realização do estudo em 1 de Julho de 2014 e 9 de Junho de 2014, respetivamente (Anexos IV e V). Após a receção da autorização por parte da ARS Norte, o projeto e respetivo parecer foram, posteriormente, apresentados ao Conselho Clínico do ACES Gaia em 4 de Setembro de 2014. Recebeu-se parecer favorável para a realização da investigação a 9 de Outubro de 2014 (Anexo VI).



Tal como descrito anteriormente, em cada um dos serviços participantes foi nomeado um elo de ligação entre a investigadora e a equipa de enfermagem. Para além dos aspetos já mencionados, foi dado especial relevo às questões de ordem ética.

Segundo Nunes (2013), a participação num estudo de investigação, pressupõe um consentimento livre e esclarecido por parte dos sujeitos. Este consentimento foi aprovado pelas respetivas Comissões de Ética e apresentado a todos os enfermeiros que estiveram envolvidos no estudo. Foi um consentimento obtido por escrito, após explicação dos objetivos do estudo.

Os participantes preencheram um consentimento informado do qual constavam os objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação, o anonimato das respostas, confidencialidade dos dados e contacto da investigadora. Estes dados foram reiterados junto dos elos de ligação, no sentido de os reforçarem junto das suas equipas. Aos que consentiram participar foi solicitado o preenchimento do consentimento informado. O anonimato foi mantido uma vez que a folha do consentimento informado foi destacada do questionário, pelo elo de ligação, antes de eles serem entregues à investigadora.

Conscientes da importância do respeito pelos princípios éticos inerentes a estudos desta natureza, a investigadora comprometeu-se, também, a seguir um conjunto de orientações, em todas as fases de investigação, desde a conceção do problema em estudo até a análise dos dados. Neste sentido:

- a revisão da literatura foi realizada de forma contínua, orientada pelo rigor científico e pela pesquisa da evidência científica mais atual;
- sempre que possível utilizaram-se as fontes primárias, garantindo-se a honestidade intelectual na citação das fontes;
- foi solicitada autorização formal para a utilização do instrumento de colheita de dados, tanto ao autor da versão original como ao da versão portuguesa (Anexos I e II );
- o estudo foi previamente analisado pelas Comissões de Ética para a Saúde da ARS Norte e do CHVN Gaia/ Espinho;
- a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foram assegurados ao longo do estudo;
- os questionários foram previamente codificados e os dados analisados em conjunto, sem identificação dos participantes;
- os dados obtidos foram analisados de forma rigorosa e confrontados com a evidência científica;

- a confidencialidade e o anonimato das respostas serão mantidos nas possíveis e futuras formas de publicação do conhecimento obtido: dissertação de mestrado, artigos científicos, comunicações em conferências, serviços de saúde, entre outros.

### ***3.8. Análise da informação***

Após a recolha e organização dos dados, elaborou-se uma base de dados no *Statistical Package for de Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows 8, a partir da qual se procedeu ao cálculo das medidas de estatística descritiva e inferencial.

Assim, realizou-se o cálculo das medidas de tendência central (média, moda e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, máximos e mínimos) e, ainda, ao cálculo das frequências absolutas e percentuais, pois os valores das variáveis dependentes seguem uma distribuição não normal, de acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov realizado. No que diz respeito ao teste de hipóteses recorreu-se à realização de testes não paramétricos.

Para todos os testes admitiu-se um valor crítico de significância de 0.05 (*p-value*).

## 4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados encontrados. Numa primeira fase apresentam-se os resultados obtidos através da análise descritiva; numa segunda fase os resultados obtidos pelas estatísticas inferenciais.

### *4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra*

A amostra é constituída por um total de 180 enfermeiros que, à data do estudo, se encontravam a trabalhar no Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII – Gaia (ACES – Gaia) e no CHVN Gaia/ Espinho.

A média de idades é 35,50 anos, a mediana de 33,50 anos e a moda de 28,00 anos, com um desvio padrão de 8,41 anos. O enfermeiro mais jovem tem 23 anos e o enfermeiro com mais idade tem 60 anos.

Quanto à distribuição por género, o maior número de enfermeiros é do género feminino (n=160) o que corresponde a 88,90 % da amostra, enquanto que só 11,10 % é que são do género masculino (n=20) (**Tabela 2**).

No que diz respeito ao local de trabalho (**Tabela 2**), 55 enfermeiros trabalham em cuidados de saúde primários, no ACES-Gaia, que corresponde a uma percentagem de 30,60 % da amostra. Por sua vez, os 125 enfermeiros que trabalham no CHVNG/ Espinho (69,40% da amostra) encontram-se distribuídos por quatro serviços distintos: Medicina (n=67; 37,20%), Pneumologia (n=27; 15,00%), Oncologia (n=18; 10,00%) e UCIM (n=13; 7,20%).

Quanto às habilitações literárias (**Tabela 2**), 173 enfermeiros (96,10%) são licenciados. Contudo 7 enfermeiros têm apenas o bacharelato (3,90%). Dos enfermeiros licenciados, um é pós-graduado em cuidados paliativos e dois têm mestrado em cuidados paliativos. Apesar do pequeno número de pós-graduados em cuidados paliativos, constata-se que os enfermeiros apresentam formação pós-graduada e mestrados noutras especialidades.

**Tabela 2:** Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	n	%
<b>Género</b>		
Masculino	20	11,10
Feminino	160	88,90
<b>Local de trabalho</b>		
ACES-Gaia	55	30,60
Medicina	67	37,20
Pneumologia	27	15,00
Oncologia	18	10,00
UCIM	13	7,20
<b>Habilitações Literárias</b>		
Bacharelato	7	3,90
Licenciatura	173	96,10
Especialidade	26	14,40
Pós – Graduação	21	11,70
Pós – Graduação em CP	1	0,60
Mestrado	15	8,30
Mestrado em CP	2	1,10

Na **Tabela 3** podemos observar a experiência profissional dos enfermeiros no que diz respeito ao número de anos de trabalho e à experiência profissional em cuidados paliativos. Constata-se que, em média, os inquiridos trabalham há 12,08 anos (desvio padrão=8,27 anos), sendo que o enfermeiro que trabalha há menos tempo tem 1 ano de atividade profissional e o que trabalha há mais tempo tem 35 anos de atividade profissional.

No que diz respeito à experiência profissional em cuidados paliativos a média é de 2,00 anos. O tempo mínimo foi de 1 ano e o máximo de 3 anos.

**Tabela 3:** Tempo de experiência profissional dos enfermeiros

Tempo de Experiência Profissional (anos)		Tempo de Experiência Profissional em CP (anos)	
Média	12,08	Média	2,00
Mediana	10,00	Mediana	2,00
Moda	2,00	Moda	2,00
Desvio padrão	8,27	Desvio padrão	0,57
Tempo mínimo	1,00	Tempo mínimo	1,00
Tempo máximo	35,00	Tempo máximo	3,00

Da análise dos dados constata-se que apenas 7 enfermeiros (3,90%) têm experiência em cuidados paliativos, enquanto 176 enfermeiros (96,10%) referem nunca ter trabalhado em cuidados paliativos.

No que diz respeito à formação em Cuidados Paliativos (**Tabela 4**), 43 enfermeiros (23,90%) responderam ter formação nesta área enquanto 137 enfermeiros (76,10%) responderam que não têm formação em cuidados paliativos.

Para os enfermeiros que responderam que tinham formação em cuidados paliativos foi importante saber qual o tipo de formação. Assim, 28 enfermeiros têm um curso de curta duração (15,60 %), 3 enfermeiros têm pós-graduação (1,70%), 2 enfermeiros (1,10 %) têm mestrado e 5 enfermeiros realizaram estágio em cuidados paliativos (2,80%).

Para além destes dados, procurou saber-se se os enfermeiros têm formação específica na área da Espiritualidade/ prestação de cuidado espiritual. Ao analisarmos os dados obtidos verificamos que 25 enfermeiros (13,90%) têm formação acerca desta temática e que 155 enfermeiros não têm (86,10%). Contudo, ao interrogarmos os enfermeiros acerca da importância da formação em espiritualidade/ cuidado espiritual, apesar da maioria responder que é importante ter formação nesta área (n=159; 88,30 %), 21 enfermeiros (11,70%) não considera a formação neste âmbito importante.

Ao interrogarmos os enfermeiros de que forma classificam a formação que têm no que diz respeito à Espiritualidade/ Cuidado Espiritual, os resultados revelam que 28 enfermeiros não têm nenhuma (15,60%), 106 enfermeiros dizem ser insuficiente (58,90%), 38 enfermeiros referem ser suficiente (21,10%), sendo que apenas 7 enfermeiros dizem que a sua formação é boa (3,90%).

**Tabela 4:** Formação dos enfermeiros em Cuidados Paliativos,  
Espiritualidade/ Cuidado Espiritual

Questão	n	%
<b>Tem formação em Cuidados Paliativos?</b>		
Sim	43	23,90
Não	137	76,1
<b>Tipo de Formação</b>		
Curso de curta duração	28	15,60
Curso de curta duração e estágio	4	2,20
Pós Graduação em CP	3	1,70
Estágio	5	2,80
Mestrado	2	1,10
Mestrado e Estágio	1	0,60
<b>Tem formação em Espiritualidade / Cuidado Espiritual?</b>		
Sim	25	13,90
Não	155	86,10
<b>Considera importante a formação dos enfermeiros em Espiritualidade / Cuidado Espiritual?</b>		
Sim	<b>159</b>	<b>88,30</b>
Não	21	11,70
<b>Classificação da formação pessoal em Espiritualidade / Cuidado Espiritual</b>		
Nenhuma	28	15,60
Insuficiente	106	58,90
Suficiente	38	21,10
Boa	7	3,90

Na **tabela 5** analisam-se as entidades que, na perspetiva dos inquiridos, devem ser responsáveis pela formação em espiritualidade/ cuidado espiritual e quais os profissionais que devem prestar cuidado espiritual aos doentes.

Assim, 105 enfermeiros (58,30%) afirmam que a formação deve ser obtida no curso de licenciatura, 25 enfermeiros (13,90%) defendem que deve ser promovida pelo centro de formação das instituições e 11 enfermeiros (6,10 %) em cursos de

formação pós-graduada. Por sua vez 16 enfermeiros (8,90%) apontaram várias hipóteses, referindo que esta formação devia ser ministrada em simultâneo nos cursos de licenciatura e nos centros de formação das instituições de saúde.

Quando perguntamos aos enfermeiros se se sentem com capacidade para abordar as necessidades espirituais dos doentes, 102 enfermeiros respondem que não se sentem seguros (56,70%), 18 enfermeiros dizem ser incapazes (10,00%) e 4 (2,20%) completamente incapazes. Por sua vez, 52 enfermeiros (28,90%) sentem-se ‘com capacidade’ e 4 enfermeiros (2,20%) sentem-se ‘completamente capazes’ para prestarem cuidados espirituais aos seus doentes

Quando se pediu aos enfermeiros para identificarem qual o principal responsável pela prestação de cuidados espirituais 9 enfermeiros referiram ser o capelão (5,00%), 25 enfermeiros (13,90%) o líder religioso do doente, 4 enfermeiros defenderam ser o enfermeiro (2,20%) e 106 enfermeiros (58,90%) afirmam tratar-se da responsabilidade de todos (capelão, líder religioso, enfermeiro, familiares e amigos (**Tabela 5**).

**Tabela 5:** Entidades responsáveis pela formação em Espiritualidade/ Cuidado Espiritual e pela prestação do Cuidado Espiritual aos doentes

	n	%
<b>Local da Formação em Espiritualidade:</b>		
Curso de Licenciatura	105	58,30
Formação Pós Graduada	11	6,10
Centro de Formação das Instituições de Saúde	25	13,90
Outro	6	3,30
Licenciatura e Pós Graduada	3	1,70
Licenciatura e Centro de Formação	16	8,90
Licenciatura e Outro	2	1,10
Licenciatura, Pós Graduação e Centro de Formação	8	4,40
<b>Capacidade para abordar as necessidades espirituais do doente</b>		
Completamente Incapaz	4	2,20
Incapaz	18	10,00
Não estou seguro	102	56,70
Capaz	52	28,90
Completamente capaz	4	2,20

Principal responsável pela prestação de cuidados espirituais		
Capelão	9	5,00
Líder religioso do doente	25	13,90
Enfermeiro	4	2,20
Familiares e amigos	1	0,60
Capelão e enfermeiro	3	1,17
Capelão enfermeiro, familiares e amigos	15	8,30
Todos	106	58,90
Outro	5	2,80

## 4.2. Resultados da Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual

Neste ponto analisar-se-á a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, em função dos resultados obtidos na ‘*Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual*’ (Martins, 2012; Martins *et al.*, 2015).

No domínio **Espiritualidade** (itens **C F, H, I, J, L**) abordaram-se questões associadas à necessidade de ter um propósito na vida e, ainda, de encontrar significado e sentido em alturas de doença e sofrimento (McSherry *et al.*, 2002).

Assim, no **Item c)** (“*Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e de ser perdoado*”), os resultados obtidos (**Tabela 6**), demonstram que os enfermeiros da nossa amostra, referem não ter conhecimento científico suficiente que os possa ajudar a definir o conceito de espiritualidade e, por isso, 25,00% da amostra (n=45), refere não saber se a espiritualidade está relacionada com o perdoar e o ser perdoado, enquanto 21,70% (n=39), refere mesmo que discorda com este significado.



**Tabela 6 - Item c)** Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e de ser perdoado

	n	Percentagem %
<b>Discordo totalmente</b>	12	6,70
<b>Discordo</b>	<b>39</b>	<b>21,70</b>
<b>Não sei</b>	<b>45</b>	<b>25,00</b>
<b>Concordo</b>	69	38,30
<b>Concordo totalmente</b>	15	8,30
<b>TOTAL</b>	180	100

No **Item f)** (*“Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida”*), 86,10% dos inquiridos (n=155) concordam que a espiritualidade se relaciona com a procura do significado da vida, quer nos bons quer nos maus momentos da vida.

No **Item h)** (*“Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença”*), apesar da grande maioria dos inquiridos (68,90%) (**Tabela 7**) considerar que uma das atividades inerentes à prestação do cuidado espiritual passa por ajudar a pessoa a encontrar um significado e propósito para a sua doença, dando assim um sentido ao sofrimento que possa existir, 19,40% dos enfermeiros (n=35) afirmam não saber se os cuidados espirituais se relacionam com este tipo de ajuda.

**Tabela 7 - Item h)** Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença

	n	Percentagem %
<b>Discordo totalmente</b>	3	1,70
<b>Discordo</b>	18	10,00
<b>Não sei</b>	<b>35</b>	<b>19,40</b>
<b>Concordo</b>	<b>95</b>	<b>52,80</b>
<b>Concordo totalmente</b>	<b>29</b>	<b>16,10</b>
<b>TOTAL</b>	180	100

No que diz respeito ao **Item i)** (*“Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida”*), 13,30% dos enfermeiros (n=24) (**Tabela 8**) diz não saber se a espiritualidade se relaciona com o sentimento de esperança na vida. Contudo a grande maioria (77,80%) considera que a espiritualidade está intimamente associada à esperança.

**Tabela 8 - Item i)** Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b> %
<b>Discordo totalmente</b>	0	0
<b>Discordo</b>	16	8,90
<b>Não sei</b>	24	13,30
<b>Concordo</b>	<b>111</b>	<b>61,70</b>
<b>Concordo totalmente</b>	<b>29</b>	<b>16,10</b>
<b>TOTAL</b>	180	100

No **Item j)** (*“Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora”*) para 82,20% (n=148) dos enfermeiros, a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e no momento atual.

No **Item l)** (*“Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo”*), para 88,90% (n=160) dos enfermeiros, a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo. Contudo, 19 enfermeiros (10,60%) referem não saber se esta relação é verdadeira ou não.

No domínio **Cuidado Espiritual**, avaliado nos itens **A, B, G, K** avaliam-se elementos como a atenção do enfermeiro para com a pessoa doente, bem como qualidades e fatores que podem promover a sua prestação (McSherry *et al.*, 2002).

Ao analisarmos os resultados obtidos no **Item a)** (*“Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo”*), verifica-se que 92,30% dos enfermeiros inquiridos associam a prestação de cuidados

espirituais à prestação de cuidados religiosos pelos representantes da cada religião. E, nesta linha de pensamento, parecem assumir que ao contactarem os líderes religiosos dos doentes já estão a prestar cuidados espirituais.

Na resposta ao **Item b)** (*“Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam os cuidados”*), a maioria dos enfermeiros (n=146, 81,10%) concorda, que, para além de contactarem o líder religioso do doente, também se prestam cuidados espirituais ao doente sendo-se simpático e demonstrando preocupação para com a sua situação.

Os dados obtidos no **Item g)** (*“Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade”*) revelam que 90,60% dos enfermeiros da amostra (n=163), (**Tabela 9**) associam os cuidados espirituais a cuidados de conforto, apoio e tempo disponibilizado ao doente, particularmente nos momentos de necessidade

**Tabela 9 - Item g)** Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b> %
<b>Discordo totalmente</b>	0	0
<b>Discordo</b>	7	3,90
<b>Não sei</b>	10	5,60
<b>Concordo</b>	<b>102</b>	<b>56,70</b>
<b>Concordo totalmente</b>	<b>61</b>	<b>33,90</b>
<b>TOTAL</b>	180	100

Nos itens **D, M e P** avalia-se o domínio **Religiosidade**. Neste domínio, e de acordo com o instrumento original e com a sua versão portuguesa, inserem-se todos os itens que se relacionam com a ideia de que a espiritualidade é um conceito global, integrando a criatividade, a arte, a natureza ou auto-expressão de qualidades, não se restringindo, portanto, à religião (McSherry *et al*, 2002).

No **Item d)** (*“Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/ Local de Culto”*), constata-se que, para a grande maioria dos inquiridos (n=170, 94,40%), a espiritualidade é um conceito muito mais lato, representando muito mais do que a ida à Igreja ou Local de Culto.

No **Item k)** (*“Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas”*), onde se avalia mais uma vez o que os enfermeiros entendem por cuidados espirituais, 93,90% (n=169) dos enfermeiros concorda que a prestação de cuidados espirituais diz respeito à escuta ativa e à disponibilidade de tempo para com os doentes, de forma a falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas.

No **Item m)** (*“Acredito que a espiritualidade inclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria”*), mais uma vez se relaciona o significado da espiritualidade com uma outra área, neste caso as áreas de expressão artísticas. Apesar de 73,40% (n=132) dos enfermeiros concordarem que a arte pode ser uma forma da pessoa expressar a sua espiritualidade, e de ajudar a pessoa a dar sentido à sua vida, 24,40% (n=44) diz não ter opinião sobre o assunto.

No **Item p)** (*“Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos”*), para 80,60% (n=145) dos enfermeiros a espiritualidade também se aplica a ateus ou agnósticos, e por isso, não é uma questão de religião.

No quarto e último domínio – **Cuidado Personalizado** (itens **N, O, Q**) – englobam-se todos os itens que se relacionam com a individualidade da espiritualidade (McSherry *et al*, 2002).

Assim, no **Item n)** (*“Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente”*), a quase totalidade dos enfermeiros (95,00%; n=171), concorda que é possível proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais do doente.

No **Item o)** (*“Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais”*) 155 enfermeiros (86,10%) consideram a afirmação verdadeira; contudo, 20 enfermeiros (11,10%) afirmam não saber se a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais.

No **Item q)** (*“Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de*

*cada um*”), 91,70% dos enfermeiros (n=165) concorda que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada indivíduo.

Para além das questões supracitadas, os participantes foram incentivados a identificar, numa pergunta de resposta aberta, 3 fatores que, na sua prática profissional, dificultavam a prestação de cuidados à pessoa com necessidades espirituais. As respostas foram consensuais em toda a amostra com uma grande maioria dos enfermeiros a apontarem a falta de formação acerca do tema, falta de tempo para estar com o doente, condições físicas inadequadas e desconhecimento da importância das necessidades espirituais para o bem estar do doente.

#### ***4.3. Testes de hipóteses***

No ponto que se segue procurar-se-á dar resposta ao objetivo do estudo anteriormente apresentado. Para o teste de hipóteses admitiu-se um valor de significância ( $p$ ) inferior ou igual a 0.05.

***Hipótese 1 – As percepções dos enfermeiros em relação à espiritualidade e ao cuidado espiritual variam em função da idade.***

Para testar esta hipótese recorreu-se à utilização do Coeficiente de Correlação Ró de Spearman, dado o nível de medida da variável dependente (idade) ser ordinal.

O teste revelou não existir diferença estatisticamente significativa entre a espiritualidade no seu global e a idade dos enfermeiros ( $\rho$  de Spearman = 0.010,  $p > 0.05$ ) (**Tabela 10**). Verifica-se, também, não existir correlação entre a idade e as variáveis cuidado espiritual ( $\rho$  de Spearman = -0.018) religiosidade ( $\rho$  de Spearman = 0.098) e cuidado personalizado ( $\rho$  de Spearman = - 0.046).

**Tabela 10:** Resultados do Teste de Correlação de Spearman  
entre a espiritualidade e a idade dos enfermeiros

Ró de Spearman	DOMÍNIOS	Espiritualidade	Espiritualidade	Cuidado	Religiosidade	Cuidado
		Global		Espiritual		Personalizado
	<b>IDADE</b>	<b>0,010</b>	0,022	<b>-0,018</b>	<b>0,098</b>	<b>-0,466</b>
	<b>p</b>	0.893	0.774	0.806	0.190	0.543

*Hipótese 2 - As percepções dos enfermeiros em relação à espiritualidade e ao cuidado espiritual variam em função do tempo de serviço.*

À semelhança da hipótese anterior, recorreu-se à utilização do Coeficiente de Correlação Ró de Spearman, uma vez que a variável não cumpre o pressuposto da normalidade.

O teste revelou não existir diferença estatisticamente significativa entre a espiritualidade no seu global e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros ( $\rho$  de Spearman = 0.009,  $p > 0.05$ ) (**Tabela 11**). Verifica-se, também, não existir correlação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e os domínios cuidado espiritual ( $\rho$  de Spearman = -0.012), religiosidade ( $\rho$  de Spearman = 0.054) e cuidado personalizado ( $\rho$  de Spearman = - 0.025).

**Tabela 11:** Resultados do Teste de Correlação de Spearman  
entre a espiritualidade e o tempo de exercício profissional

Ró de Spearman	DOMINIOS	Espiritualidade	Espiritualidade	Cuidado	Religiosidade	Cuidado
		Global		Espiritual		Personalizado
	<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	<b>0,009</b>	0,024	<b>-0,012</b>	<b>0,054</b>	<b>-0,025</b>
	<b>p</b>	0.907	0.747	0.868	0.473	0.735

***Hipótese 3 - As percepções dos enfermeiros em relação à espiritualidade e ao cuidado espiritual variam em função do género.***

Para testar a hipótese recorreu-se à utilização do teste não paramétrico U de Mann-Whitney uma vez que, por um lado, os grupos em estudo são independentes (género masculino/ género feminino) e, por outro, as variáveis dependentes (espiritualidade global e cuidado espiritual) são medidas numa escala contínua.

Uma vez verificados estes pressupostos procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico U de Mann-Whitney. O teste veio revelar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável género e o significado atribuído à espiritualidade, seja no seu global ( $Z=-0,542$ ), seja nos domínios cuidado espiritual ( $Z=-0,121$ ), religiosidade ( $Z=-1,219$ ) e cuidado personalizado ( $Z=-1,208$ ) ( $p>0.05$  em todos os domínios) (**Tabela 12**).

**Tabela 12:** Resultados do Teste U de Mann-Whitney  
entre a espiritualidade e o género dos enfermeiros

DOMINIOS	GÉNERO	n	MEDIA	Z	p
<b>Espiritualidade</b>	Masculino	20	95,15	-0,426	0.670
	Feminino	160	89,92		
<b>Cuidado Espiritual</b>	Masculino	20	<b>89,20</b>	<b>-0,121</b>	0.904
	Feminino	160	<b>90,66</b>		
<b>Religiosidade</b>	Masculino	20	77,63	<b>-1,219</b>	0.223
	Feminino	160	<b>92,11</b>		
<b>Cuidado Personalizado</b>	Masculino	20	<b>103,33</b>	<b>-1,208</b>	0.227
	Feminino	160	88,90		
<b>Espiritualidade Global</b>	Masculino	20	<b>96,45</b>	<b>-0,542</b>	0.588
	Feminino	160	<b>89,76</b>		

## 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos centramo-nos, agora, na sua discussão, salientando, porém, algumas limitações do estudo, que impõem prudência na análise e interpretação dos dados.

Começamos, antes de mais, pelo tipo da amostra. Sendo o universo geral muito extenso, e devido à impossibilidade de investigar toda a população, optamos por uma amostra do tipo não probabilística e intencional. Este tipo de amostra permitiu-nos, no tempo definido para a recolha dos dados, e dentro dos critérios de inclusão e exclusão definidos, uma amostragem considerável. No entanto, pelo facto de ser não probabilística, impõe-se alguma prudência na generalização dos resultados, motivo pelo qual os dados apresentados se reportam à amostra em estudo.

É igualmente importante salientar que só desde 2014 é que no CHVN Gaia/Espinho existe uma equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar, que começa agora a dar agora os seus primeiros passos, especialmente no que diz respeito à formação de médicos e enfermeiros com formação específica neste âmbito. Por sua vez, no ACES – Gaia não existe equipa de cuidados paliativos. Estes dados podem ser igualmente importantes, na medida em que as equipas de cuidados paliativos estão, pela especificidade e missão dos seus cuidados, tendencialmente mais despertas para a questão da espiritualidade e do cuidado espiritual.

Como mais-valia para o estudo gostaríamos de salientar a utilização do instrumento de avaliação, validado em 2012 para a população portuguesa recentemente (Martins 2012; Martins *et al.* 2015) e que, até então, nunca havia sido utilizado, trazendo desta forma novos resultados e possíveis contributos para investigações futuras.

Após estas considerações partimos para a discussão dos resultados.

A amostra do estudo é constituída maioritariamente por enfermeiros do género feminino (88,90%), com uma média de idades de 30,50 anos, com um grau académico de licenciatura (96,10%), com uma média de anos de trabalho de 12,08 anos e sem qualquer experiência profissional em cuidados paliativos (recorde-se que dos 180 inquiridos, apenas 3 enfermeiros já haviam trabalhado em cuidados paliativos). Estes dados vão de encontro àqueles que foram obtidos pela Ordem dos



Enfermeiros nos dados Estatísticos de 31 de Dezembro de 2014, segundo os quais existem, em Portugal, maioritariamente enfermeiros do género feminino (54374 enfermeiros do género feminino versus 12078 do género masculino). No mesmo documento pode-se observar que na distribuição dos enfermeiros por grupo etário, a média do maior número de enfermeiros (n=26628) é entre os 26 e os 35 anos, o que vai de encontro à média de idades da amostra em estudo (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que diz respeito à experiência profissional em cuidados paliativos os dados obtidos são igualmente aceitáveis, uma vez que os locais selecionados para o estudo não contemplavam nenhuma equipa nem serviço de internamento em cuidados paliativos. Por outro lado, importa ter presente que o movimento moderno dos cuidados paliativos é recente. Fundado em 1968 no Reino Unido por Cicely Saunders (Neto, 2010), a sua existência é ainda mais recente no nosso país, tendo o primeiro serviço de medicina paliativa sido implementado apenas em 1992 (Marques *et al.*, 2009). Face ao exposto, e comparativamente com outras especialidades, trata-se de uma área do cuidar com um historial recente em Portugal, o que poderá justificar o baixo número de enfermeiros com experiência na área. Estes dados estão, ainda, de acordo com o documento publicado pela APCP (2015), acerca das equipas de cuidados paliativos existentes em todo o país.

Ao analisarmos a formação que os enfermeiros têm em cuidados paliativos 76,10 % da amostra referem não ter este tipo de formação e dos 23,90 % que referem tê-la, 15,60% são, apenas, referentes a cursos de curta duração. Estes dados, que seguem na linha de pensamento anterior, podem ainda ser justificados pelo facto de não haver em Portugal esta especialidade de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

Analisando a formação específica dos enfermeiros em espiritualidade/cuidado espiritual verifica-se que 86,10% (n=155) da amostra referem não ter qualquer formação nesta área.

Na análise deste dado importa ter presente algumas considerações. Em primeiro lugar, os enfermeiros do estudo pertencem a instituições de saúde onde não existe um serviço de internamento em cuidados paliativos (seja no caso dos cuidados de saúde primários, seja ao nível do centro hospitalar, onde apesar de existir uma equipa de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos os doentes se encontram internados nos serviços das diversas especialidade médicas ou

cirúrgicas). Embora a atenção para com a dimensão humana devesse ser transversal a todas as áreas do cuidar, a evidência científica tem documentado a sua importância particularmente em situações de crise e em fim de vida, o que, por um lado, justifica que os cuidados paliativos, por norma, dêem mais atenção a esta necessidade. Apesar disso, todos os inquiridos tomam contacto com estes doentes e com outros que, não estando em fim de vida, têm – também – necessidades de ordem espiritual, razão pela qual a prestação de cuidados de ordem espiritual deveria ser transversal a todas as áreas do cuidar. Os dados, vão, ainda, de encontro aos de Baldacchino (2006) no qual a autora conclui que, regra geral, os enfermeiros tendem a valorizar a dimensão física do doente em detrimento das restantes dimensões, particularmente em contextos de saúde que não os cuidados paliativos. Por outro lado, várias são as associações internacionais (nomeadamente europeias e portuguesas) que reconhecem a importância da prática do cuidado espiritual. Neste sentido têm-se criado, um pouco por todo o mundo, grupos específicos para o estudo desta temática (SECPAL, 2004; APCP, 2014). Não obstante, já em 2010 a Ordem dos Enfermeiros portuguesa emitiu um documento normativo no que diz respeito à prestação de cuidados paliativos e aos diagnósticos de enfermagem, do qual sobressai a necessidade de atenção para com a dimensão espiritual da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Estas orientações deixam perceber que, por um lado, há um esforço crescente para com a prestação de cuidados de forma holística, em todas as dimensões da vida humana mas, por outro, e em termos práticos, existem dificuldades no domínio prático que condicionam a sua implementação. Exemplos dessas dificuldades são a falta de tempo ou de formação, mencionadas pelos participantes do presente estudo numa questão de resposta aberta relativa aos fatores que condicionam a prestação de cuidados de ordem espiritual. As barreiras apresentadas pelos inquiridos são corroboradas pelos trabalhos de Chan (2008) e Edward *et al* (2010) que, nos seus estudos, relatam que uma das principais barreiras à prestação do cuidado espiritual é, precisamente, a falta de formação dos enfermeiros neste âmbito.

Não obstante, importa realçar que todos os enfermeiros da amostra prestam, diariamente, cuidados de enfermagem a doentes que se encontram numa situação de sofrimento, muitos deles em fim de vida. Tal como documentado pela literatura (McSherry, 2000; Ross, 2006; Caldeira, 2011), prestar cuidados espirituais é fundamental para uma boa prática de cuidados de enfermagem (Caldeira, 2011;

Puchalsky, 2013), razões pelas quais se deve incitar a formação neste âmbito (McSherry, 2006; Baldacchino, 2010; Caldeira, 2011), nomeadamente ao nível das instituições de saúde e, se possível, da formação base.

Os dados do estudo demonstraram, ainda, que o local parece influenciar a prática do cuidado espiritual. Tal como noutros estudos (Narayanasamy, 2011; Biro, 2012), também neste os enfermeiros referem ter falta de tempo para estar com o doente, referindo, ainda, que os serviços não apresentam condições físicas adequadas (como privacidade) que permitam ao enfermeiro explorar convenientemente e com acurácia as necessidades espirituais da pessoa.

Estes dados são corroborados por Waldow (2012) que, no seu estudo, reafirma a importância de envolver o cuidador e aquele que é cuidado (Waldow, 2012), processo este que exige um sentido de compromisso e responsabilidade mas, também, condições que possibilitem o desenvolvimento da relação de ajuda.

Apesar destas considerações, parece-nos importante que a falta de formação neste âmbito (indicada por 86,10% dos inquiridos) constitui um obstáculo maior à prestação de cuidados. Com efeito, a formação promove mais competência e, consequentemente, maior autonomia e confiança, o que, muitas das vezes, ajuda o profissional a ultrapassar as barreiras de ordem ambiental ou institucional.

Os dados do estudo deixam também transparecer que o conceito de espiritualidade continua, em termos práticos, a ser bastante confundido com o de religião. Tal como documentado no capítulo anterior, 18,90% dos inquiridos considera que o cuidado espiritual é, essencialmente, da responsabilidade do capelão ou do líder religioso do doente. Esta ideia confina o conceito de espiritualidade ao de religião, desvalorizando outros atributos essenciais do conceito, como a procura de sentido para a vida, a necessidade de relação consigo, com os outros e com o meio envolvente.

Ainda nesta ordem de pensamento, não deixa de ser interessante notar que 86,10% dos inquiridos admite não ter formação neste âmbito mas 88,30% considera-a importante. Apesar da elevada percentagem de inquiridos que assume não ter qualquer formação, 28,90% refere sentir-se capaz para atender às necessidades espirituais dos seus doentes, enquanto 56,70% refere não estar absolutamente seguro. Estes dados sugerem que o cuidado espiritual, apesar de reconhecido como importante no cuidado à pessoa que sofre parece ser entendido como um cuidado ‘menor’, menos exigente, porventura confinado a sentimentos de

caridade, compaixão ou compreensão. No entanto, importa ter presente que, tal como sustentado por Baldachinno (2006), o cuidado espiritual é um cuidado complexo, que exige competências pessoais e profissionais e, como tal, implica formação e treino.

Para além destes dados constata-se que dos 55 enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários (30,60%) e dos 125 que trabalham no hospital (69,40%), apenas 43 têm formação específica em cuidados paliativos (23,90%). Entre estes, 2 referem ter um Mestrado em Cuidados Paliativos e 13 participaram em cursos de curta duração.

Os dados corroboram a necessidade de formação também neste âmbito específico com vista à prestação de cuidados em fim de vida com a maior qualidade, eficácia e eficiência possíveis.

No que diz respeito à investigação específica no âmbito do cuidado espiritual praticado por enfermeiros de cuidados de saúde primários, encontrou-se, apenas, um estudo realizado em 2011 (Carron & Cumbie, 2011). O estudo, que teve por intuito desenvolver um modelo conceptual para a prática do cuidado espiritual para enfermeiros de cuidados de saúde primários, demonstrou que apesar do cuidado espiritual ser uma das competências inerentes à profissão de enfermagem, esta competência é, na maior parte das vezes, esquecida e negligenciada nos cuidados de saúde primários.

Ao analisarmos as respostas obtidas com o preenchimento da *Escala da Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual* (Martins 2012, Martins *et al*, 2015), verifica-se que, no que diz respeito aos itens do Domínio da Espiritualidade, domínio este que aborda as questões relacionadas com o significado que a Espiritualidade (como perdoar e ser perdoado ou encontrar um significado para a vida nos bons e maus momentos entre outros) verifica-se que uma percentagem significativa dos enfermeiros (25%) refere não saber se a espiritualidade está relacionada com o perdoar e ser perdoado. Não obstante, 14% dos inquiridos refere não saber se está relacionada com um sentimento de esperança na vida e 11% não sabe se se relaciona com o estar em paz consigo e com o mundo. Estes dados, que são reveladores da falta de formação específica no âmbito da espiritualidade são corroborados pelos estudos de Baldacchino (2006), Pedrão & Beresin (2010), McSherry&Jamieson (2011).

Segundo Wu & Lih (2011), o processo formativo nesta área pode ter um grande impacto na percepção que os enfermeiros têm acerca da espiritualidade e, conseqüentemente, na prestação do cuidado espiritual.

Tal como afirma Puchalsi (2013), a prestação do cuidado espiritual passa pela compreensão do conceito de espiritualidade que, por sua vez, passa por reconhecer a sua importância enquanto dimensão da vida humana e, portanto, foco da prestação de cuidados de saúde. Face ao exposto, é fundamental que os enfermeiros reconheçam, antes de mais e em si mesmos, a Espiritualidade como uma dimensão fundamental da vida humana, explorando e conhecendo o significado que esta tem nas suas vidas, para depois poderem reconhecê-la nos outros, especialmente nos que se encontram na finitude da vida.

Voltando ao instrumento de colheita de dados, nos itens relacionados com o Domínio do Cuidado Espiritual, os parâmetros avaliados relacionam-se com a prestação de cuidados espirituais pelos enfermeiros. De um modo geral todos estes itens apresentados (como providenciar a visita do assistente espiritual ao doente se este o desejar, mostrar-se preocupado e disponível, entre outros) devem constar da boa prática de cuidados ao doente. Fazem parte das competências gerais dos enfermeiros e, talvez por isso, as respostas que obtivemos foram unânimes com o “concordo” e o “concordo totalmente” em praticamente toda a amostra.

Os dados encontrados parecem sugerir um certo enviesamento, na medida em que parece existir alguma tendência para responder ao que é socialmente expectável. Contudo, e apesar dos dados obtidos, não significa que os enfermeiros estejam a praticar cuidados espirituais de qualidade ao doente, uma vez que a definição de cuidados espirituais é entendida como tudo aquilo que motiva a procura do significado da vida e que ajuda a pessoa a ultrapassar as dificuldades e o sofrimento face à doença (Narayanasamy *et al*, 2004; Erichsen & Bussing 2013; Nixon *et al*, 2013). Os dados obtidos poderão, antes, significar que os enfermeiros reconhecem as necessidades inerentes ao cuidado espiritual, existindo, contudo, limitações para a sua prestação, como é descrito pelos mesmos enfermeiros quando interrogados acerca dos fatores que limitam a prestação de cuidados espirituais. Essas limitações são a falta de formação, a falta de tempo e as condições físicas inadequadas dos serviços. Importa ainda salientar que a prestação de cuidados espirituais é parte integrante dos cuidados de enfermagem mas, por si só, é insuficiente, devendo por isso os enfermeiros adquirir competências

para uma prática de cuidado espiritual que não se confina à dimensão religiosa ou ao apelar ao capelão, mas algo mais profundo e intrínseco ao ser humano.

Efetuada o teste de hipóteses verificou-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre a percepção face à espiritualidade e ao cuidado espiritual e as variáveis idade ( $p = 0.010$ ;  $p > 0.05$ ), tempo de serviço ( $p = 0.009$ ;  $p > 0.05$ ) e género dos enfermeiros ( $Z = -0.542$ ;  $p > 0.05$ )

Com base na literatura pesquisada, podemos dizer que em nenhum outro estudo por nós analisado, a variável idade, a variável tempo de serviço e a variável género, foram sujeitos a análise no que diz respeito à sua influência na espiritualidade dos enfermeiros, em Portugal. Neste sentido, este constitui um estudo preliminar pioneiro. Apesar do tipo de amostragem não nos permitir efetuar inferências estatísticas, seria importante realizar mais estudos no sentido de confirmar os dados obtidos noutros contextos e populações. Seria, igualmente, importante e interessante verificar se o cuidado espiritual pode estar sujeito à influência de outras variáveis como, por exemplo, as crenças e religião do profissional de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento tecnológico verificado nos últimos anos na área da saúde produziu benefícios indiscutíveis para o tratamento das diversas doenças, facilitando, em parte, a ação dos profissionais de saúde (Barra *et al*, 2006). Porém, o olhar dos profissionais de saúde tende a focar-se na aplicação de técnicas altamente sofisticadas em detrimento de um olhar humano e relacional perante aquele que está em sofrimento (Nunes, De Melo, 2012). No que diz respeito à enfermagem, as novas tecnologias permitem obter novas ferramentas para o aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem, quer no sentido mais prático e tecnicista do cuidado, quer ao nível dos conhecimentos ético e relacionais que se estabelecem entre os indivíduos (Nietche *et al*, 2012). O cuidar é, na verdade, o foco central da enfermagem enquanto arte e ciência. Porém, este é um processo complexo que envolve diferentes dimensões, ações, atitudes e comportamentos, que se baseiam num conhecimento não só técnico-científico como também pessoal, cultural, social e psico-espiritual (*Idem*).

Perante isto, torna-se urgente um olhar mais humanizado sobre os serviços de saúde, conferindo-lhes um lugar de destaque no que diz respeito ao alívio do sofrimento, quer seja este físico quer seja espiritual (Da Silva, 2012). E este é sem dúvida um grande desafio.

A evidência científica sugere, cada vez mais, a importância do cuidado espiritual muito embora destaque, também, a falta de formação e preparação neste âmbito. Se, por um lado, estamos cada vez mais preparados para o alívio da dor física, a literatura sugere que existe, ainda, menor atenção para com a dimensão espiritual. Consciente da importância de uma avaliação e prestação de cuidados holística, já no séc. XX Cicely Saunders fundadora dos cuidados paliativos modernos, propunha o conceito de “Dor Total”, isto é, de sofrimento em todas as dimensões da vida humana. Segundo a mesma, conhecer que ela existe e encontrar mecanismos para a poder aliviar, permite ao doente uma melhor aceitação do seu estado de saúde e um reconhecimento de si próprio na relação que estabelece consigo mesmo, com a doença e com os outros (Barbosa, 2010). Face ao exposto, a espiritualidade, entendida como a força vital unificadora que confere significado às experiências humanas (Baldacchino, 2010; Caldeira, 2011) é cada vez mais reconhecida como um pilar fundamental na assistência à pessoa que sofre, nomeadamente aquela que se encontra em fim de vida, e à excelência e qualidade dos

cuidados. Não obstante, ao ser reconhecida como uma necessidade que deve ser valorizada, passa a ser um processo implícito à prática da enfermagem (Caldeira, 2011), e por isso alguns investigadores ao longo dos anos se têm dedicado à investigação das necessidades espirituais dos doentes e de que forma é que os enfermeiros se encontram preparados para isso (McSherry, 2002; McSherry *et al*, 2004; Ross, 2006; Nixon & Narayanasamy, 2010; Caldeira & Narayanasamy, 2011; Hatamipur *et al*, 2015).

Nesta linha de pensamento são vários os investigadores e teóricos que propõem a integração do cuidado espiritual na prática dos cuidados de enfermagem.

No presente estudo procurou explorar-se a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, no âmbito da prestação de cuidados.

O estudo documentou tratar-se de uma amostra maioritariamente do género feminino, com grau académico de Licenciatura, o que corresponde à realidade nacional da profissão de enfermagem. Os inquiridos, na sua maioria não têm experiência em cuidados paliativos, uma vez que nas duas instituições de saúde sujeitas à investigação, não existe uma unidade específica destes cuidados e só muito recentemente foi criada uma equipa de Cuidados Paliativos no CHVN Gaia/ Espinho. Quanto à formação, 76,10% dos participantes referem não ter formação em cuidados paliativos e 88,30% consideram muito importante a formação em Espiritualidade/ Cuidado Espiritual. No que diz respeito à formação específica em espiritualidade/ cuidado espiritual 58,90% consideram que a sua formação pessoal é ‘Insuficiente’. Ainda de acordo com os inquiridos, todos os elementos da equipa são responsáveis pela prestação de cuidados de ordem espiritual, devendo, porém, a formação específica, começar a ser ministrada no curso de Licenciatura (58,30 %).

Verifica-se também que, de um modo geral, os enfermeiros não têm um conhecimento fundamentado acerca do significado de espiritualidade, facto que poderá trazer repercussões na prática de cuidados.

No que diz respeito às hipóteses formuladas, verificou-se que a idade, o tempo de serviço e o género não influenciam a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Perante os resultados obtidos podemos dizer que os enfermeiros da amostra em estudo reconhecem a importância da espiritualidade e do cuidado espiritual na prestação de cuidados de enfermagem. Contudo, os dados obtidos vieram demonstrar que, na opinião dos inquiridos, o seu nível de formação nesta área é insuficiente, o que limita a sua realização. Outras limitações foram encontradas como a falta de tempo para disponibilizar aos doentes e as condições físicas inadequadas.



Perante estas duas limitações, podemos dizer que existe ainda um longo caminho a percorrer. Por um lado, é importante que o tempo disponibilizado seja tempo de qualidade e, por outro, que o espaço físico possa ser adequado às necessidades do doente. Face ao exposto é importante reforçar a formação académica e a formação nas instituições de saúde para que se aumente a qualidade da prestação de cuidados ao doente em fim de vida, particularmente ao nível da dimensão espiritual (Baldacchino, 2010; Ross *et al*, 2013).

No presente estudo, documenta-se a importância atribuída pelos enfermeiros à dimensão espiritual e, consequentemente, à prestação de cuidado espiritual.

Em estudos futuros seria interessante desenhar e estudar a eficácia de um programa de formação em espiritualidade e cuidado espiritual para enfermeiros bem como verificar se existem outros obstáculos que possam interferir com o desempenho profissional nesta área do cuidar. Seria igualmente interessante e pertinente explorar se o cuidado espiritual pode ser influenciado por outras variáveis como, por exemplo, as crenças e religião dos profissionais de saúde.

Estes estudos poderão trazer um contributo muito válido para uma prática de cuidados mais holísticos, o que poderá trazer benefícios diretos para os doentes mas, também, para os familiares, profissionais de saúde e instituições.

Tal como documentado no presente estudo, a espiritualidade é, cada vez mais, reconhecida como uma importante dimensão humana e como uma área fundamental do cuidar. Em Portugal, o estudo neste âmbito, apesar de crescente, é ainda relativamente recente. Seguindo aquele que tem sido o caminho internacional, consideramos importante o desenvolvimento de investigação relacionada com a espiritualidade em contextos de saúde, seja na óptica do doente, do familiar ou dos profissionais de saúde. Consideramos, também, igualmente importante, incitar a formação ao nível da formação base mas, também, ao nível institucional, seja nos serviços de saúde, seja nos departamentos de formação. Acreditamos que esta estratégia poderá despertar a reflexão e, consequentemente, promover a valorização da dimensão espiritual nos processos de saúde/ doença, contribuindo assim para uma prática de cuidados mais holística, mais eficiente e eficaz e, portanto, para um maior bem-estar e qualidade de vida do doente e família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – A Associação: A História, 1995. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/aassociacao/historia.html>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – A Associação: Grupo de Espiritualidade (GRES), 2015. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/associacao/grupo-de-espiritualidade.html>
- ALVAREZ, R. [et al] (2014): Espiritualidade en clínica una propuesta de evaluacion y acompanamiento espiritual en Cuidados Paliativos. **Monografias SECPAL** Nº6, 2014 [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/monografia\\_secpal\\_espiritualidade.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/monografia_secpal_espiritualidade.pdf)
- BALDACCHINO, D. (2006): Nursing competencies for Spiritual Care. **Journal of Clinical Nursing**, Nº15, (Fevereiro 2006), pp: 885-896. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8439956e-f689-4362-8e5a-c2b4d8811c59%40sessionmgr198&hid=109>
- BALDACCHINO, D. (2011): Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. **Nurse Education in Practice**, Nº11, (2011), pp: 47-52. [Consult. 20 Março 2015]. Disponível em: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(10\)00097-1/pdf](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(10)00097-1/pdf)
- BARBOSA, A. – Espiritualidade. In BARBOSA, A. ; NETO, I. (2010) – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, pp.595-659
- BARRA, DCC, [et al] (2006) - Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista electrónica de enfermagem**, Vol.8, Nº (3), 2006, pp: 422-30. [Consult. 20 Novembro 2014]. Disponível em:

[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a13.htm)

- BOUSSO, R [*et al*], (2010) - The relationship between religion, illness and death in life histories of family members of children with life threatening diseases. **Revista latino-americana de enfermagem**, Vol. 18 Nº 2, (Março- Abril 2010), pp:156-162. [Consult. 20 Novembro 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=8439956e-f689-4362-8e5a-c2b4d8811c59%40sessionmgr198&hid=109>
- BURNARD, P (1998) - The spiritual needs of atheists and agnostics. **Professional Nurse**, Vol. 4, Nº 3, 1998, pp: 130-132.
- BROECKAERT, B - Spirituality and Palliative Care. **Indian Journal of Palliative Care**, Nº17, (Janeiro 2011), pp: 39-41. [Consult. 20 Novembro 2014]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140090/>
- CALDEIRA, S. (2002) - Cuidar do Homem face à dimensão espiritual. **Revista Nursing**, Nº163, Fevereiro 2002, pp:17-22.
- CALDEIRA, S. (2009) - Cuidado Espiritual – Rezar como intervenção de Enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, Vol 3 Nº2, Julho/ Dezembro 2009, pp:157-164. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14975/1/rezar\\_2009.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14975/1/rezar_2009.pdf)
- CALDEIRA, S. (2011): **Espiritualidade no Cuidar**, Coisas de Ler, Lisboa, 2011, 1ª Edição.
- CALDEIRA, S., Narayanasamy, A. (2011) - Programas de Educação em Enfermagem acerca da Espiritualidade: uma revisão sistemática. **CuidArte Enfermagem**, Vol. 5, Nº 2, Julho / Dezembro 2011, pp:123-128.[Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:

[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14995/5/2011\\_artigo\\_Cuidarte\\_5%282%29123%2c128.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14995/5/2011_artigo_Cuidarte_5%282%29123%2c128.pdf)

- CALDEIRA, S. [*et al*], (2011) - A. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência** Vol.3, Nº 5, Dezembro 2011, pp: 145-152. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-028320110003000015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-028320110003000015&script=sci_arttext)
- CALDEIRA, S. (2012) - A espiritualidade no currículo de enfermagem. **Revista Nursing Portuguesa**, Nº 282, Julho / Agosto 2012, pp: 18-21. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em: [http://www.researchgate.net/profile/Silvia\\_Caldeira/publication/259865272\\_Spirituality\\_in\\_Nursing\\_Curriculum/links/551b11140cf2fdce84385360.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Silvia_Caldeira/publication/259865272_Spirituality_in_Nursing_Curriculum/links/551b11140cf2fdce84385360.pdf)
- CARQUEJA, E. (2008) - A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. **Cadernos de Saúde**, Vol.2, Nº 1, 2008, pp:7-40. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9881/1/CS%202.1%20%281%29.pdf>
- CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA (2000) - **Jornal Oficial da União Europeia**, Dezembro 2010. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf)
- CHAN, M. (2009) - Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. **Journal of Clinical Nursing** Nº19, 2009, pp: 2128-2136. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=a050c17a-14d4-4de7-9d43-9d2df0f8b73b%40sessionmgr4001&hid=4112>

- CHOCHINOV, H. BEVERLEY, C. (2005) - Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. **Journal of Palliative Medicine**, Vol 8, Suplemento 1 2005, pp:103-115. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2005.8.s-103>
- COLLIÈRE, M. (2003) – **Cuidar: A primeira arte da vida**. Lusociência, 2ª Edição, Loures, 2003.
- Da SILVA, J. (2012) - **A morte e o Morrer entre o Deslugar e o Lugar**. Precedência da Antropologia para uma Ética da Hospitalidade e Cuidados Paliativos. Edições Afrontamento, 1ª Edição, Porto, 2012.
- DAALEMAN TP [*et al*] (2008) - An exploratory study of spiritual care at the end of life. **Annals of family Medicine** Vol 6, Nº 5, Setembro 2008, pp: 407-410.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM (1948) *In* Diário da República. Série I. Nº 57 (9 Março 1948), pp. 488-493.
- DECRETO DE LEI Nº 52/2012 – LEI DE BASE DOS CUIDADOS PALIATIVOS. Diário da Republica. Serie I. Nº172 (5 de Setembro 2012), pp 5119- 5124.
- DECRETO DE LEI Nº 161/ 96 – REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO. Diário da República. Série I. Nº 205 (4 Setembro 1996), pp. 2959-2962.
- DY, SM [*et al*] (2015) - Measuring What Matters: Top-Ranked Quality Indicators for Hospice and Palliative Care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association. **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol 49, Nº 4, Abril 2015, pp:773-781. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25697097>

- EDWARDS, A [et al] (2010) - The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. **Palliative Medicine**, Vol 24, N° 8, 2010, pp: 753-770.
- ERICHSEN, N. BUSSING, A. (2013) - Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, Julho 2013, pp: 1-10. [Consult. 20 Novembro 2014]. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/913247/>
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (1998): Definition and aims, 1998. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>
- FORTIN, M. (2009) - **O Processo de Investigação**, Lusociência, Loures, 2009, 5ª Edição.
- GIJSBERTS, M [et al] (2011) - Spirituality at the End of Life: Conceptualization of Measurable Aspects - A Systematic Review. **Journal of Palliative Medicine** Vol.14, N° 7, 2011, pp: 852-858.
- GOMES, B [et al] (2013) - Preferências e Locais de Morte em regiões de Portugal em 2010 in ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS [Em linha]. (2013). [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/portuguesereport2013v6.pdf>
- HATAMIPOUR, K. [et al] (2015) - Spiritual Needs of Cancer Patients: A Qualitative Study. **Indian Journal of Palliative Care** Vol 21, N° 1, Janeiro – Abril 2015, pp: 61-67. [Consult. 23Junho 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332130/>
- HSIAO, S. [et al] (2010) - An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. **Journal of Clinical Nursing**, N° 20, 28 Fevereiro 2010, pp: 950-959.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: **Censos 2011**. In Instituto Nacional de Estatística, Publicado a 20 de Novembro de 2012. [Consult. 23Maio 2015]. Disponível em:  
[http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CENSOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS)
- JULIÃO, B. (2012) - O conceito de Dignidade em Medicina *in* **Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos**, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 2012.
- DECRETO-LEI Nº 48/90 - LEI DE BASES DA SAÚDE. Diário da República. Série I. Nº 195 (24 Agosto 1990), pp. 3452-3459
- DECRETO-LEI Nº 1/ 2005 – CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Diário da República. Série I. nº 155 (12 Agosto de 2005), pp. 4642-4686.
- DECRETO-LEI nº 65/ 78 – CONVENÇÃO EUROPEIA DOS DIREITOS DO HOMEM. Diário da República. Série I. nº 236, (13 Outubro 1978), pp. 489-493.
- DECRETO-LEI nº 104/98 – CRIAÇÃO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS E RESPECTIVOS ESTATUTOS, nº 93, (21 Abril de 1998) pág. 1739 – 1757.
- DECRETO-LEI nº 111/2009 – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), nº 180 (16 Setembro 2009), pág 1511.
- LANGDON, E. [et al] (2010) - Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Vol. 18, Nº 3 Maio- Junho 2010, pp: 173-181. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23)
- KOENIG, H. (2000) - Religion, Spirituality and Medicine:Application to Clinical Practice. **Jama**, Vol. 284, Nº13, Outubro 2000, p. 1708. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1843381>

- KOENIG, H LARSON, D. (2001) - Religion and Mental Health: Evidence for an association. **International Review of Psychiatry**, N°13, 2001, pp: 67-78. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=94e3fb1f-0a87-4aea-915d-9889ce03352a%40sessionmgr4002&hid=4112>
- KOENIG, H. (2002) - A Commentary: The Role of Religion and Spirituality at the End of Life. **The Gerontologist**, Vol. 42, Supl. 3, 2002, pp: 20-23. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:  
[http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/42/suppl\\_3/20.long](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/42/suppl_3/20.long)
- KOENIG, H. (2004) - Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. **Southern Medical Journal**, Vol 97, N° 12, Dezembro 2004, pp: 1194-1200. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=94e3fb1f-0a87-4aea-915d-9889ce03352a%40sessionmgr4002&hid=4112>
- KOENIG, H. (2012) - Religion, spirituality and health: the research and clinical implications. **International scholarly research network ISRN Psychiatry**, 2012, pp:1-33.
- MARQUES, A. [et al] (2009) - O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. In ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Patient Care, Outubro 2009, pp:32-38. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:  
<http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
- MASLOW, A. (1943): A theory of human motivation. **Psychological Review** 50, 1943, pp: 70-396. [Consult. 23Maio 2014]. Disponível em:  
<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>



- MARTINS, A. (2012) - **Tradução e adaptação linguística e cultural da “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale” Um instrumento de avaliação da percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos, 2012. [Consult. 23 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72704/2/80644.pdf>
- MARTINS, A. [et al] - Translation and adaptation of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in Portuguese palliative care nurses. **Revista de Enfermagem Referencia**, Série IV, N° 4, Jan/Fev/Mar 2015, pp: 89-97. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=94e3fb1f-0a87-4aea-915d-9889ce03352a%40sessionmgr4002&hid=4112>
- McSHERRY, W. & DRAPER, P. (1998) - The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 27, N° 4, Abril 1998, pp: 683-691. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9578196>
- McSHERRY, W. [et al] (2002) - The Construct of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. **International Journal of Nursing Studies** Vol. 9, N° 7, Setembro 2002, pp: 723-734. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12231029>
- McSHERRY, W. [et al] (2004) - Meaning of spirituality: implications for nursing practice. **Journal of clinical nursing**, N° 13, Maio 2004, pp: 934-941. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da1090e1-a461-449c-bef1-d98d9805a873%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4112>

- McSHERRY, W (2006) - **Making sense of Spirituality in nursing and healthcare practice**. London, 2006, 2ªEdição.
- McSHERRY, W. (2011) - RCN spirituality survey 2010: A report by the Royal College of Nursing on members views on spirituality and spiritual care in nursing practice. **Royal College of Nursing** London; Junho 2011, pp: 3-37. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
[https://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/393155/survey\\_003861.pdf](https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/393155/survey_003861.pdf)
- McSHERRY, W. JAMIESON, S. (2011) - An online surveys of nurses perceptions of spirituality and spiritual care. **Journal of Clinical Nursing** Nº 20, 2011, pp: 1757-1767.
- MENDES, J. (2006) - Com inserir a espiritualidade no processo terapêutico. **Servir**, Vol. 54,Nº4, 2006: 158-164. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3190/1/Artigo%20Rev.%20Servir%20-%202006.pdf>
- MENDES, J. (2012) - **A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem**. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em enfermagem, 2012. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10561>
- MILLIGAN, S. (2011) - Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. **Nursing Standart**, Vol. 26, Nº 4 Julho 2011, pp: 47-56. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0cbba8ce-9bf8-4a05-9cb1-d6a4aa9ce199%40sessionmgr4003&hid=4112>
- MONTORO, C. [et al] (2012) - Understanding the suffering of a patient with na illness: signs, contexto and strategies. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

Vol. 20, Nº 3, Maio/Junho 2012, pp: 619-628. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300026&script=sci_arttext)

- NARAYANASAMY, A (1995) - Spiritual care of chronically ill patients. **Journal of Clinical Nursing**, Vol. 4, Nº 6, 1995, pp:397-400. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=41b390f9-dfcd-4d3e-aa62-1add794901b2%40sessionmgr110&vid=0&hid=109>
- NARAYANASAMY, A. (1999) - ASSET: A model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. **Nurse Education Today** Vol. 19, Nº 4 Maio 1999, pp: 274-283. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10595062>
- NARAYANASAMY, A. (2006) - The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. **Journal of Clinical Nursing** , Vol. 7, Nº 15, 2006, pp: 840-851. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c3ba8c6-7cc1-4aa7-848f-b6bc1d50ff56%40sessionmgr111&vid=0&hid=109>
- NETO, I. (2010) – Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In BARBOSA, A.; NETO, I. – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- NIXON, A. Narayanasamy, A (2010) - The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients perspective. **Journal of Clinical Nursing**, Vol. 19, Nº 15-16, 2010, pp: 2259-2270. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0cd461e8-2d8c-43ab-a734-e3fa2c0eb600%40sessionmgr115&vid=0&hid=109>

- NIETSCHE, A. [et al]. (2012) - Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Vol 2, Nº1, Jan/Abril 2012, pp: 182-189. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3591/3144>
- NUNES, L. (2013) - **Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem**. Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde - Departamento de Enfermagem (Julho 2013).
- NUNES, R., De Melo, H. (2012) - **Testamento Vital**. Almedina, Coimbra, 2012.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015) - **Dados Estatísticos a 31/12/2014** – Publicado em Fevereiro de 2015. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica\\_V01\\_2014.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf)
- PACHECO, S. (2004) - **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética**. Lusociência, Loures 2004, 2ª Edição.
- PAIS-RIBEIRO, J. (2010) - **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. Legis Editora, Porto 2010, 3ª Edição.
- PAAL, P. [et al] - Developments in spiritual care education in German, speaking countries. **BMC Medical Education**, Nº 14 5 Junho 2014, pp: 14-112. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/112>
- PEDRÃO, R., BERESIN, R. (2010) - O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**, Nº8, 2010, pp:86-91. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://drsergiomarsala.site.med.br/fmfiles/index.asp/::XPR2RT47::enfermo%20e%20espiritualidade.pdf>

- PEIXOTO, M., BORGES, E. (2011) - O sofrimento no contexto da doença, **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Nº 6, Dezembro 2011, pp: 36-39. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200006&script=sci_arttext)
- PERES, M. [et al] (2007) - A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Nº 34, Supl. 1 2007, pp: 82-87. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>
- PESSINI, L. (2002) - Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, Vol 10, Nº 2, 2002, pp: 51-72. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/214/215](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215)
- Pinto, C., Pais-Ribeiro, JL (2007) -Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina**, Vol.21, Nº 2, 2007: 47-53. [Consult. 20 Janeiro 2015]. Disponível em:  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>
- PINTO, S. (2011) - **A Espiritualidade e a Esperança da Pessoa com Doença Oncológica: Estudo numa população de doentes em Quimioterapia**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos, 2011. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63765/2/Sara%20PintoMCPDisserta8710o.pdf>
- PINTO, S; CALDEIRA S; MARTINS, J. (2012) - A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. **Revista de Enfermagem Referência**, III Serie, Nº7, Julho 2012, pp: 23-31. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15050/1/esperan%C3%A7a\\_sara.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15050/1/esperan%C3%A7a_sara.pdf)

- PINTO, S; CALDEIRA, S, MARTINS, J. (2012) - A espiritualidade nos pacientes com câncer em quimioterapia. **CuidArte Enfermagem**, Vol.6, Nº1, Janeiro-Junho 2012, pp: 8-14. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v%206%20n%201%20jan.%20jun.%202012.pdf>
- PINTO, S; CALDEIRA, S; MARTINS, J. (2013) - Cancer, Health Literacy, and Happiness: Perspectives from Patients under Chemotherapy. **Nursing Research and Practice**, 2013, pp: 1-8. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/291767>
- PORSKENAES, K [*et al*] (2015) - Nurses and caregivers definition of spirituality from the Christian perspective: a comparative study between Malta and Norway. **Journal of Nursing Management**, Nº23, 2015, pp: 39-53.[Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12080/epdf>
- PUCHALSKY, C. (2002) - Spirituality and End-of-life Care: A time for listening and caring. **Journal of Palliative Medicine**, Vol. 5, Nº 2, 2002, pp: 289-294. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b329e754-c264-4b8a-8d37-31387f4af337%40sessionmgr112&vid=1&hid=109>
- PUCHALSKY, C [*et al*] (2014) - Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. **Journal of Palliative Medicine**, Vol. 17, Nº 6, 2014, pp: 642-656. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=2da7e691-88b0-4749-bde5-237656144fba%40sessionmgr112&hid=109>

- PUCHALSKY, C. (2013) - Integrating spirituality into patient care: na essential element of person centered care. *Polskie archiwum medycyny wewnętrznej*, Nº 9, Janeiro 2013, pp: 491-497. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f158ae59-0fe3-42c1-ada3-2c1e02d5e964%40sessionmgr115&vid=0&hid=109>
- PUCHALSKY, C. [et al] (2009) - Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. **Journal of Palliative Care**, Vol.12, Nº10, 2009, pp: 885-904. [Consult. 20 Janeiro 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8996474a-38d2-4b27-8182-2774580fb4f9%40sessionmgr115&vid=1&hid=109>
- PUCHALSKI, C. (2001) - Spirituality and Health: the Art of Compassionate Medicine. **Hospital Physician**, Março 2001, pp: 30-36. [Consult. 20 Janeiro 2015]. Disponível em:  
[http://nfyilma.turner-white.com/pdf/hp\\_mar01\\_spirit.pdf](http://nfyilma.turner-white.com/pdf/hp_mar01_spirit.pdf)
- QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L: **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Gradiva, Lisboa, 2008, 5ª edição.
- REGO, A. (2007) - **A Atenção ao Espiritual: Tradução e Validação Linguística e Cultural da Spiritual Assessment Scale, Um Instrumento de Avaliação Espiritual**. Dissertação não editada, apresentada ao Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, 2007.
- REGULAMENTO Nº 188/2015 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa: Diário da Republica, 2ª Série, nº78, 22 de Abril de 2015.

- REINERT, K., KOENIG, H. (2013) - Re-examining definitions of spirituality in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 69, Nº 12, Março 2013, pp: 2622-2634. [Consult. 20 Janeiro 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0e606883-057b-4b90-b167-b77cfe119f76%40sessionmgr198&vid=0&hid=109>
- RIBEIRO, J - **Metodologia de Investigação**. Legis Editora, Porto, 2010, 3ª Edição.
- ROSS, L. (1997) - Elderly patients perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. **Journal of Advanced Nursing**, Vol.26, Nº 4, Outubro 1997, pp: 710-715. [Consult. 20 Janeiro 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4e06d5c9-d644-4237-b186-42524adbf92f%40sessionmgr113&vid=0&hid=109>
- ROSS, L. (2006) - Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. **Journal of the Clinical Nursing**, Nº 15, 2006, pp: 852-862. [Consult. 20 Janeiro 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a973b365-4e35-461a-9c67-f7112df7d603%40sessionmgr112&vid=0&hid=109>
- SINCLAIR, S. [et al] - A thematic review of the spirituality literature within palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, Vol.9, Nº 2, 2006, pp: 464-479. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9066e279-86ac-423f-8cfe-ae245456cd2e%40sessionmgr111&vid=0&hid=109>
- SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL) (1992) - **História de los cuidados paliativos**, 1992. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
[http://www.secpal.com/secpal\\_historia-de-los-cuidados-paliativos-1](http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1)
- SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL) (2004) – **Grupo Espiritualidad**, 2004. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:



[http://www.secpal.com/grupo-espiritualidad\\_quienes-somos-1](http://www.secpal.com/grupo-espiritualidad_quienes-somos-1)

- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS (2000) - **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - “Cuidar”: Ética e Práticas**, Lusociência Loures, 2000, 1ª Edição.
- THE NATIONAL COUNCIL FOR PALLIATIVE CARE (NCPC) (1991) - History of NCPC, 1991. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://www.ncpc.org.uk/history-ncpc>
- TREVOR, H. (2009) - Nursing and spirituality. **Nursing Philosophy**, Nº10 2009, pp: 71-80. [Consult. 20 Janeiro 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=47f17ca7-eaad-4d97-bf8a-473ce94c7f64%40sessionmgr115&vid=0&hid=109>
- TWYXCROSS, R. - **Cuidados Paliativos**. Climepsi Editores, Lisboa 2003, 2ª Edição.
- VISSER, A.; GARSSSEN, B.; VINGERHOETS, A. (2010) - Spirituality and well-being in cancer patients: a review. **Pycho Oncology**, Vol 19, Nº 6, Junho 2010, pp: 565-572. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19916163>
- WALDOW, V. (2015) - Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigação em Enfermagem**, 17 (1), Janeiro-Junho 2015, pp:13-25. [Consult. 1 Julho 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d724872d-5d8b-4f12-8999-e63bde1d0ff9%40sessionmgr113&vid=0&hid=109>
- WATSON, J. (1999) - **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Lusociência, Camarate, 1999.
- WATSON, J. (2002) - **Enfermagem pós-moderna e futura- um novo paradigma da enfermagem**, Lusociência, Lisboa, 2002.

- WATSON, J. SMITH, M (2002) - Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 37, Nº 5, 2002, pp: 452-461. [Consult. 23 Maio 2014]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=65b108a5-f528-4497-809c-d813d34c445d%40sessionmgr198&vid=0&hid=109>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) - National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2002, 2ª Edição. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015) - World Health Statistics Full report 2015. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/)
- WU, F. LIN, L (2011) - Exploration of clinical nurses perceptions of spirituality and spiritual care. **Journal of Nursing Research**, Vol. 19, Nº4, Dezembro 2011, pp: 250-256.
- ZALENSKI, R. (2006) - Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. **Journal of Palliative Medicine** Vol. 9, Nº 5, 2006, pp: 1120-1127. [Consult. 23 Maio 2015]. Disponível em:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=82f5a965-b82d-4f90-a39f-acca498ca7cd%40sessionmgr112&vid=0&hid=109>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

*Autorização para a utilização do Instrumento de Recolha de Dados (Professor  
Wilfred McSherry, autor da versão original)*



Faculty of Health Sciences  
School of Nursing and Midwifery  
Staffordshire University  
Blackheath Lane  
Stafford  
ST18 0AD

Email: wilf.mcsherry@staffs.ac.uk  
Direct line: 01785 353630  
Fax: 01785 353731

12 June 2015

Dear Sara,

**Re: SSCRS Permission – Sara Pinto**

Thank you for the interest you have shown in my research and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). I hereby give you authorisation and permission to reproduce or use the scale in your research. There is no fee for using the scale or the questionnaire; however I would appreciate if you could forward me a copy of your research findings and report when completed.

I enclose a copy of the questionnaire in which the SSCRS can be found. If you require any further information, please contact me.

The scale was developed as part of descriptive study. If you want to obtain a copy of my original thesis - you should be able to receive through Inter Library Loan the title is - A Descriptive Survey of Nurses' perceptions of Spirituality and Spiritual Care Unpublished Master of Philosophy Thesis, The University of Hull, England.

A summary of how the SSCRS was constructed was published in the International Journal of Nursing Studies 2002:

McSherry W., Draper P, Kendrick D (2002) Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care  
*International Journal of Nursing Studies* 39 (7) 723 - 734

May I take this opportunity to wish you all the best with your studies. If I can be of any assistance in the future then do not hesitate to contact me again.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W McSherry', with a horizontal line underneath.

**Professor Wilfred McSherry**

**Professor in Dignity of Care for Older People  
Faculty of Health Sciences**

■ **CREATE THE DIFFERENCE**

## **ANEXO II**

*Autorização para a utilização do Instrumento de Recolha de Dados (Mestre  
Andreia Martins, autora da versão portuguesa)*

## Pedido de autorização

Catarina Sapage <catarinasapage@gmail.com>  
Para araquelmartins@live.com.pt

9 de Janeiro de 2014 às 14:15

Exma Sr<sup>a</sup> Enfermeira e Mestre Raquel Martins,

O meu nome é Catarina Sapage, sou enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Saúde no Futuro em Vila Nova de Gaia, e estudante do IV Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

No âmbito deste Mestrado pretendo desenvolver, sob orientação da Mestre Sara Pinto e do Sr.º Prof. Doutor José Carlos Martins, um estudo sobre a perceção dos enfermeiros relativamente à importância do cuidado espiritual nos doentes, nomeadamente em cuidados paliativos.

Neste contexto, venho solicitar a sua permissão para utilizar a versão portuguesa da *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*, recentemente adaptada e validada para Portugal pela Sra. Enfermeira.

Agradeço desde já toda a sua atenção, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que seja conveniente.

Atenciosamente,

Catarina Filomena Massano Sapage

A. Raquel Martins <araquelmartins@live.com.pt>  
Para Catarina Sapage <catarinasapage@gmail.com>  
Cc: "Dr. Sílvia Caldeira" <caldeira.silvia@gmail.com>, "Dr. Pimentel Orientador" <fpimentel@ua.pt>

9 de Janeiro de 2014 às 21:06

Exma. Sr<sup>a</sup> Enfermeira Catarina Sapage,

Autorizamos a autorização da "Spirituality and Spiritual Care Rating Scale" – Versão Portuguesa, traduzida e validada por mim, Doutora Sílvia Caldeira e Doutor Francisco Pimentel. É com grande satisfação que tomamos conhecimento do seu estudo que incide na perceção dos enfermeiros relativamente à importância do cuidado espiritual no doente paliativo. Agradecemos que nos mantenha informados dos resultados e estaremos disponíveis para colaborar na concretização do projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A. Raquel Martins

Date: Thu, 9 Jan 2014 14:15:25 +0000  
Subject: Pedido de autorização  
From: catarinasapage@gmail.com  
To: araquelmartins@live.com.pt  
[Citação oculta]

## **ANEXO III**

*Instrumento de recolha de dados final*



## QUESTIONARIO

Exmo. (a) Sr. (a) Enfermeiro(a)

O meu nome é Catarina Filomena Massano Sapage, sou enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Saúde no Futuro, em Vila Nova de Gaia e estudante do 2º ano do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

No âmbito deste mestrado, pretendo estudar a importância do cuidado espiritual, na perspetiva dos enfermeiros. Este estudo tem como principais objetivos identificar a importância atribuída à espiritualidade/ cuidado espiritual e identificar possíveis necessidades de formação nesta área do cuidado.

O questionário é anónimo e demora cerca de 7 minutos a ser preenchido. Os dados serão tratados de forma conjunta, anónima e confidencial.

Para que o questionário seja válido, solicito-lhe que responda a TODAS as questões.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Para qualquer dúvida ou questão, agradeço que me contacte.

Telemóvel: 91 90 34 167

Email: [catarinasapage@gmail.com](mailto:catarinasapage@gmail.com)

Atenciosamente,

Catarina Sapage

---

## PARTE I

### Questionário Sociodemográfico

---

**1 Idade** \_\_\_\_\_ anos

**2 Sexo**      Masculino ☐      Feminino ☐

### **3 Experiência Profissional**

**3.1 Local de Trabalho** (se trabalha num hospital, por favor, indique o serviço):

---

**3.2 Horário de trabalho**      Por turnos ☐      Fixo ☐

**3.3 Tempo total de experiência profissional:** \_\_\_\_\_ anos

**3.4 Alguma vez trabalhou em Cuidados Paliativos?**      Sim ☐      Não ☐

**3.4.1 Se respondeu “SIM”, indique por favor o tempo de experiencia profissional em cuidados paliativos:** \_\_\_\_\_anos

### **4. Formação**

**4.1 Habilitações Literárias:** (por favor, assinale todos os graus académicos completados).

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Especialidade ☐ Qual: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação ☐ Qual: \_\_\_\_\_

Mestrado ☐ Qual: \_\_\_\_\_

Doutoramento ☐ Qual: \_\_\_\_\_

**4.2 Tem formação em Cuidados Paliativos?** Sim ☐ Não ☐

**4.2.1 Se respondeu “SIM”, por favor indique o tipo de formação**

Curso de Curta Duração ☐

Pós- Graduação ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Estágio em Cuidados Paliativos ☐

**4.3 Já frequentou alguma formação em espiritualidade e/ou cuidado espiritual?**

Sim ☐ Não ☐

**4.4 Considera importante os enfermeiros terem formação na área da espiritualidade e do cuidado espiritual?**

Sim ☐ Não ☐

**4.5.1 Como classifica a sua formação em relação à espiritualidade e / ou cuidado espiritual?**

Nenhuma ☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Boa ☐

**4.5.2 No seu entender, a formação no âmbito da espiritualidade e do cuidado espiritual, deveria ser abordada:**

Curso de Licenciatura em Enfermagem ☐

Formação Pós graduada ☐

Centro de Formação das Instituições de Saúde ☐

Outro (especifique, por favor) \_\_\_\_\_

**4.6 No que diz respeito à abordagem das necessidades espirituais dos doentes, sente-se:**

Completamente incapaz ☐ Incapaz ☐ Não estou seguro ☐

Capaz ☐ Completamente capaz ☐

**4.6.1 Por favor, refira 3 fatores que, na sua prática profissional, dificultam a prestação de cuidados à pessoa com necessidades espirituais.**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

**5 Na sua opinião quem deveria ser o PRINCIPAL responsável pela prestação de cuidados espirituais?**

Por favor, assinala a opção que considera mais adequada:

Capelão ☐

Líder religioso do doente ☐

Enfermeiro ☐

Outros profissionais ☐

Familiares e amigos ☐

Capelão enfermeiro ☐

Capelão, enfermeiro, familiares e amigos ☐

Todos: capelão, líder religioso, enfermeiro, familiares e amigos ☐

Outro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_ ☐

## PARTE II

### Escala da Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual

[Versão Portuguesa traduzida, adaptada e validada por Martins, (2012)]

Para cada alínea, por favor, assinale a resposta que melhor refletir o seu nível de acordo ou desacordo com a afirmação.

	1	2	3	4	5
	Discordo	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo
	Totalmente				Totalmente
a)Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo.	•	•	•	•	•
b)Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam os cuidados.	•	•	•	•	•
c)Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e de ser perdoado.	•	•	•	•	•
d)Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja / Local de Culto	•	•	•	•	•
e)Acredito que a espiritualidade não está relacionada com a crença e a fé em Deus ou numa Entidade Superior.	•	•	•	•	•
f)Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida.	•	•	•	•	•
g)Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade.	•	•	•	•	•

	1	2	3	4	5
	Discordo	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo
	Totalmente				Totalmente
<b>h)</b> Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença.	•	•	•	•	•
<b>i)</b> Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida.	•	•	•	•	•
<b>j)</b> Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora.	•	•	•	•	•
<b>k)</b> Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas.	•	•	•	•	•
<b>l)</b> Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo.	•	•	•	•	•
<b>m)</b> Acredito que a espiritualidade inclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria.	•	•	•	•	•
<b>n)</b> Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente.	•	•	•	•	•
<b>o)</b> Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais.	•	•	•	•	•
<b>p)</b> Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos.	•	•	•	•	•
<b>q)</b> Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um.	•	•	•	•	•

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo

### Título do Estudo:

**Espiritualidade no Cuidar: Importância do Cuidado Espiritual na perspetiva dos enfermeiros.**

### Enquadramento:

O estudo em epígrafe realiza-se no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e terá como investigador principal Catarina Filomena Massano Sapage, enfermeira na Unidade de Saúde Familiar, Saúde no Futuro – ACES Gaia, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Martins e da Mestre Sara Pinto.

### Explicação do estudo:

Constituem objetivos desta investigação estudar a importância do cuidado espiritual na perspetiva dos enfermeiros, bem como identificar possíveis necessidades de formação neste âmbito. Os dados serão recolhidos mediante um questionário de autopreenchimento, composto por 2 partes: uma primeira relativa a questões sociodemográficas e uma segunda constituída pela versão portuguesa da Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual (Martins, 2012). O instrumento, que demora cerca de 7 minutos a ser preenchido, será impresso e entregue em papel a cada enfermeiro, pelo enfermeiro chefe de cada serviço, sendo posteriormente recolhido pelo investigador. A sua participação é voluntária. Os dados são confidenciais e anónimos.

### Condições de financiamento:

Estudo não financiado.

A sua participação é totalmente voluntária e pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. O projeto foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, que emitiu um parecer favorável à sua execução.

### Confidencialidade e anonimato:

Os questionários são anónimos, sendo codificados para posterior análise. Os dados serão tratados de forma conjunta, anónima e confidencial e servem apenas para o presente estudo

Agradeço desde já a sua colaboração.

Para qualquer dúvida ou questão, agradeço que me contacte.

Telemóvel: 91 90 34 167

Email: [catarinasapage@gmail.com](mailto:catarinasapage@gmail.com)

Assinatura:

---

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## **ANEXO IV**

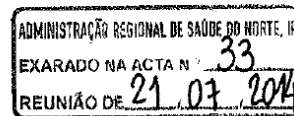
*Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte*





## ARS NORTE

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ N.º 59 DATA: 16/julho/14

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer N.º 62/2014

DELIBERADO AUTORIZAR

21.7.2014

Dr. Castanheira Nunes  
Presidente C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 62/2014 (sobre o estudo: "Espiritualidade no cuidar: importância do cuidado espiritual na perspectiva dos enfermeiros"), aprovado na reunião do dia 1 de julho de 2014, por unanimidade.

2014/7/21  
Rui Cernadas  
Vice-Presidente do C. D.

A Consideração Superior

José Carlos Pedro  
Vogal C. D.

Ana Paula Guedes  
Assessora CES/UIC



## **ANEXO V**

*Parecer da Comissão de Ética do CHVN Gaia/Espinho*



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Senhora

Enfermeira

Catarina Sapage

N/Ref.: 379/2014

**Assunto:** Autorização para aplicação de questionários

Em resposta ao V/ pedido para aplicação de questionários aos Enfermeiros dos Serviços de, Pneumologia, Medicina 1, Medicina 3, Medicina 4, UCIM, Equipa de Cuidados Paliativos, Equipa da Dor e Serviço de Quimioterapia, para realização de trabalho de investigação com o tema: “**Espiritualidade no Cuidar: Importância do Cuidado Espiritual na Perspectiva dos Enfermeiros**”, vimos informar que **está devidamente autorizado** conforme Despacho do Sr. Enf.º Diretor de de 07-05-2014.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.: 379/2014

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 9 de Junho de 2014

Centro de Formação

Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11627

E-mail: [df@chvng.min-saude.pt](mailto:df@chvng.min-saude.pt)

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

[www.chvng.min-saude.pt](http://www.chvng.min-saude.pt)  
Tel. + 351 22 786 51 00  
Fax + 351 22 7830209  
eMail [geral@chvng.min-saude.pt](mailto:geral@chvng.min-saude.pt)

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros  
Registo Comercial nº 508 142 156



## **ANEXO VI**

*Parecer do Conselho Clinico do ACES Gaia*



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



**ACES GAIA**  
Agrupamento de Centros de Saúde  
Grande Porto VII - Gaia

### Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Grande Porto VII - Gaia.

Data: 3 de Setembro de 2014

Assinatura: Catarina Filomena Massano Sapage

Projeto / Estudo n.º 04 / 14  
Data de Receção: 04 / 09 / 14

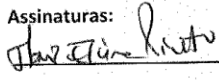

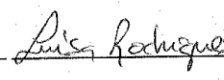
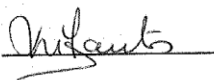
### PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável ☒

Não Favorável ☐

Data:

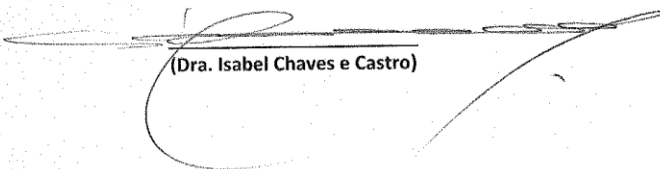
Assinaturas:

A DIRETORA EXECUTIVA

ACeS Grande Porto VII - Gaia

Nada a opor á sua realização,

  
(Dra. Isabel Chaves e Castro)



